

Elina Pylkkänen
Antti Väisänen

Tutkimus sosiaalihuollon valtionosuusperusteista

RAPORTTI



© Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Minna Komppa / Taittotalo PrintOne

ISBN 978-952-245-008-1 (nid.)

ISSN 1798-0070 (nid.)

ISBN 978-952-245-009-8 (pdf)

ISSN 1798-0089

Gummerus Kirjapaino Oy

Jyväskylä 2009

Tiivistelmä

Elina Pylkkänen & Antti Väisänen. Tutkimus sosiaalihuollon valtionosuusperusteista. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2009. Helsinki 2009. 86 sivua, hinta 19 €. ISBN 978-952-245-008-1.

Tämä tutkimus on taustaselvitys sosiaalihuollon osalta kuntien valtionosuusuudistus -hanketta varten. Tutkimuksessa keskitytään erityisesti lastensuojelun, päihdehuollon, vammaispalvelujen sekä yleisen sosiaalityön kuntien välisten käyttö-kustannusten vaihtelua selittävien tekijöiden kartoitukseen. Pienten lasten hoito ja vanhustenhuolto eivät olleet tässä tarkastelussa mukana (sisältyvät muihin tutkimuksiin). Raportissa selvitetään kuntien järjestämisvastuulla olevien ko. palveluiden tarvetta määrittäviä tekijöitä ja ongelmia. Palveluiden käyttöä ja kustannuksia sekä näiden vaihtelua selvitetään kunta- ja aluetasolla saatavilla olevien aikasarjojen ja tilastojen avulla. Tilastolliset analyysit tehtiin kuntakohtaisella pitkittäisaineistolla, joka kattaa vuodet 2000–2006. Kuntien asukaskohtaisten käyttökustannusten vaihtelua mallinnettiin saatavilla olevien ja soveltamiskelpoisten muuttujien avulla.

Avainsanat: valtionosuusjärjestelmä, sosiaalihuolto, lastensuojelu, vammaispalvelut, päihdehuolto, sosiaalityö

Esipuhe

Kuntien sosiaalihuollon valtionosuuksien jakoperusteiden tarkastelu osoittautui hyvin haastavaksi tehtäväksi. Heti alusta alkaen oli selvää, että oikeudenmukaisten jakoperusteiden pohtimisen täytyy lähteä syvemmältä kuin pelkkien toteutuneiden kuntatason menojen tarkastelusta. Erityisesti kun tarkasteltavana ovat sellaiset palvelut, joiden tarve ei aina edes aktualisoidu palvelukysynnäksi, vaan ilmenee sosiaalisina ongelmina, joihin on kuntien toimenpitein puututtava. Tällöin on perehdyttävä kysyntää ja tarjontaa edeltäviin asiantiloihin, siihen miten ongelmat syntyvät ja mitkä tekijät niitä aiheuttavat ja miten ongelmat ilmenevät eri olosuhteissa. Vaikka ensi näkemältä näiden palvelujen kohderyhmä olisikin vain suppea ja marginaalinen joukko, pitäisi palvelut monesti kohdentaa laajemmin ennaltaehkäisevässä mielessä. Tällöin myös menot olisivat parhaiten hallittavissa ja ennustettavissa – ja usein vielä huomattavasti pienemmät. Kunnissa, joissa palveluita koituneet menot ovat keskimääräistä suuremmat, myös ongelmat ovat yleensä pahempia ja suurempi valtionosuus perusteltu. Mutta, miten havaita ne kunnat tai palveluyksiköt, jotka kykenevät jo ennakolta estämään ongelmien syntyä tai ovat kustannustehokkaita ja pystyvät siten pitämään palvelumenonsa kurissa? Nämä kunnat eivät saa tunnustusta ja kannustusta toiminnalleen valtionapujen muodossa, jos kriteereiden valinnassa keskitytään vain käyttömenojen tarkasteluun. Useimmiten vielä tärkeimmät satsaukset sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisyyn tehdään aivan muilla sektoreilla kuin sosiaalihuollossa.

Selvitystä tehdessämme olemme saaneet paljon apua Suomen parhaimmista asiantuntijoilta sosiaalipalvelujen, palvelujärjestelmien ja sosiaalisten ongelmien kartoituksessa. Tutkimuksen aikana meitä ovat auttaneet asiantuntijat Stakesista: Marjatta Bardy, Tarja Heino, Jouko Karjalainen, Timo Kauppinen, Erkki Kemppainen, Kristiina Kuussaari, Yrjö Nuorvala, Päivi Nurmi-Koikkalainen, Airi Pajunen sekä Aulikki Rautavaara. Tärkeänä tietolähteenä on ollut Marja Pajukosken toimitama teos Tällä lailla sosiaaliturvaa. Erittäin arvokkaat keskustelut kävimme myös Kuntaliiton Tuula Taskulan, Kalliolan setlementin Kari Ollilan, Helsingin sosiaaliviraston Anne Qvistin sekä Kelan Esko Ruhasen ja Pirjo Ylöstalon kanssa. Kii-tämme käsikirjoitusvaiheen kommentteista myös Heikki A. Loikkasta Helsingin yliopistosta. Raportin asiasisällöstä vastaavat tekijät itse.

Tammikuussa 2009

Tekijät

Sisällys

Tiivistelmä.....	3
Esipuhe.....	4
Johdanto	6
 1 Sosiaalihuolto	9
1.1 Sosiaalihuollon määritelmä.....	9
1.1.1 Sosiaalipalvelut	12
1.1.2 Tulonsiirrot	12
1.2 Sosiaalihuollon tavoitteet	12
1.3 Sosiaalihuollon organisointi ja palvelujen järjestäminen kunnissa	13
1.4 Sosiaalihuoltomenot	16
1.5 Yhteys terveydenhuoltoon.....	17
1.6 Sosiaaliset ongelmat ja niiden alueellinen jakautuminen	18
1.7 Vammaisuuden alueellinen esiintyvyys.....	21
 2 Tarkasteltavat sosiaalipalvelut	22
2.1 Lastensuojelu	23
2.2 Päihdehuolto	27
2.3 Vammaisten avopalvelut ja laitoshoido	30
2.4 Toimeentulotuki ja sosiaalityö	37
 3 Sosiaalihuolto kuntien valtionosuusjärjestelmässä	41
3.1 Nykyisten sosiaalihuollon valtionosuuskriteereiden arviointi	41
3.1.1 Yleisesti	43
3.1.2 Lastensuojelu	46
3.1.3 Päihdehuolto	47
3.1.4 Vammaispalvelut	48
3.1.5 Sosiaalityö.....	51
3.2 Aikaisemmat tutkimukset	52
 4 Uusien valtionosuuskriteereiden määrittämisen edellytykset ja rajoitukset	54
4.1 Mallintamisen ongelmat	55
4.2 Tulevaisuuden haasteet	56
 5 Tutkimusaineisto	58
5.1 Kuntakohtaisiin kustannuksiin vaikuttavat tekijät	58
5.2 Tutkimusaineisto ja muuttujat	59
 6 Empiiriset tutkimustulokset	65
6.1 Lastensuojelu	65
6.2 Päihdehuolto	69
6.3 Vammais- ja kehitysvammapalvelut	71
6.4 Sosiaalityö.....	75
 7 Osamallien yhdistäminen	78
7.1 Osamallien yhteiset selittävät tekijät	79
7.2 Sosiaalihuollon tarve- ja olosuhdetekijät	80
7.3 Valtionosuuden määrittämiseen ehdotetut potentiaaliset tekijät	81
 8 Yhteenveto	83
 Lähteet	85

Johdanto

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tuottaa uutta tietoa kuntien sosiaalihuollon menoja selittävistä tekijöistä sekä arvioida valtionosuusjärjestelmää sosiaalihuollon osalta. Tavoitteena on selvittää sosiaalihuollon tarve- ja olosuhdetekijöitä sekä niiden taustalla olevia tekijöitä, joiden perusteella valtionosuudet voitaisiin määrittää kunnille tulevaisuudessa. Tämä osaraportti toimii taustaselvityksenä Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen koordinoimalle kuntien rahoitus- ja valtionosuusperusteita koskevalle tutkimushankkeelle, jonka on tilannut valtiovarainministeriön asettama työryhmä.

Tässä tutkimusraportissa tarkastellaan kuntien järjestämisvastuulla olevaa sosiaalihuoltoa. Sosiaalihuolto tarkoittaa lainsäädännössä kunnille säädettyjen toimintojen kokonaisuutta, johon kuuluvat väestön yleiset sosiaalipalvelut, eräiden väestöryhmien erityispalvelut sekä sosiaalihuollon toimeentuloturva. Tässä tutkimuksessa keskitytään siihen osuuteen kuntien sosiaalihuollosta, joka jää jäljelle kun lasten päivähoido ja vanhustenhuolto jätetään tarkastelun ulkopuolelle (nämä palvelukokonaisuudet sisältyvät sivistystoimen ja vastaavasti terveydenhuollon osaselvityksiin). Kuntien sosiaalihuollon menoista puolet muodostuu lasten päivähoidosta ja vanhustenhuollosta, ja jäljelle jäävä, noin 1,6 miljardin euron osuus on siis tarkasteltavana tässä tutkimuksessa. Tarkastelemme yksityiskohtaisesti suurimpia menoluokkia, jotka ovat lastensuojelu, päihdehuolto, yleinen sosiaalityö sekä vammais- ja kehitysvammapalvelut.

Sosiaalihuoltoon kuuluvat palvelut muodostavat heterogeenisen ryhmän erilaisia palveluja, eikä ole itsestään selvää, miten näiden palvelujen kysyntä muodostuu. Erityisesti kun kyseessä ovat lastensuojelu, päihdehuolto tai sosiaalityö, palveluihin ei välttämättä edes hakeuduta, vaikka tarve olisi ilmeinen. Tällöin palvelutarjonta määrittyy enemmän lainsäädännön ja velvoitteiden perusteella ja aktiivinen osapuoli kontaktin muodostumisessa voikin olla palvelun tarjoaja. Toisaalta palvelujen tarvetta ja kysyntää saattaa myös luoda ja lisätä se, että palveluja on ylipäättään tarjolla. Näistä syistä perinteinen kysyntä-tarjonta –kehikko ei aina-kaan ongelmitta sovellu näiden palvelujen tarkasteluun. Yleensä näiden palvelujen kohdalla palvelujen tarve on suurempi kuin niiden kysyntä, ja kysyntä on joko pienempi (ei hakeuduta hoitoon) tai suurempi (hoitojonot) kuin tarjonta. Sen vuoksi tämän tutkimuksen lähestymistavaksi on valittu tarpeen ilmenemistä edeltävä vaihe, toisin sanoen tarpeiden taustalla olevien ongelmien ja ilmiöiden hahmottaminen palvelujen kysyntään ja sitä kautta tarjontaan ja kustannuksiin vaikuttavina tekijöinä.

Valtionosuuksien tulisi tasata kuntien välisiä kustannuseroja, jotka aiheutuvat palvelujen tarpeiden ja tuotanto-olosuhteiden eroavuuksista. Sosiaalihuollon tarve- ja olosuhdetekijöitä tarkastellaan tässä tutkimuksessa kuntien asukaskohtaisten

palvelujen käyttökustannuksia selittävinä tekijöinä. Tarvetekijöiden hahmottaminen pelkästään kustannustietojen perusteella ei ole paras mahdollinen lähestymistapa, sillä palvelutarve ja toteutuneet kustannukset ovat kaksi eri asiaa. Kustannukset muodostuvat myös olosuhdetekijöistä, joiden takia tuotettujen palvelujen yksikkökustannukset voivat poiketa koko maan keskiarvosta. Siten ei voida olettaa, että palvelujen käyttökustannukset tai edes toteutunut palvelujen käyttö vaihtelisi kunnittain yhdenmukaisesti palvelujen tarpeen kanssa. Tätä lähestymistapaa soveltamalla yritetään kuitenkin selvittää millaiset ja kuinka suuret ovat kuntien väliset suhteelliset tarve- sekä olosuhde-erot kunkin tarkasteltavana olevan palvelun kohdalla sekä mitkä saatavilla olevat muuttujat selittävät parhaiten näitä eroja.

Edellytykset lailla säädettyjen tehtävien hoitamiseen eivät ole kaikilla kunnilla yhtä hyvät. Kuntien verotulot asukasta kohti vaihtelevat paljon, joissakin kunnissa tulot ovat lähes 7 000 euroa/asukas kun taas toisessa ääripäässä tulot jäävät 1 500 euroon/asukas. Nämä erot eivät johdu pelkästään ansiotasosta vaan myös työssä olevien kuntalaisten määrästä ja ikärakenteesta. Mitä huonompi kunnan taloudellinen tilanne on, sitä enemmän sen pakollisia tehtäviä koskevan rahoitusosuuden kasvaminen kaventaa sen itsenäistä päätösvaltaa. Tulojen ohella myös kuntalaisten tarpeet ovat erilaiset eri kunnissa. Esimerkiksi kuntien ikärakenteesta johtuvat vaihtelut aiheuttavat palvelumenoihin mittavia eroja. Eräissä kunnissa väestöstä reilu kolmannes on yli 65-vuotiaita, kun taas ikärakenteeltaan nuorimmissa kunnissa yli 65-vuotiaiden osuus on vain viisi prosenttia. Lisäksi kuntien välillä on suuria eroja tiettyjen palveluiden järjestämiskustannuksissa. Harvaan asutuissa ja asukasmäärältään pienissä kunnissa palvelut on usein yksikkökustannuksiltaan kalliimpia kuin suuremmissa keskuksissa. Kuntien taloudellisia edellytyksiä pitää näin ollen tasata paitsi tarve-erojen myös verotulojen ja rakenteellisten kustannuserojen osalta, jotta hyvinvointipalveluiden saatavuus olisi yhtäläinen asuin-kunnasta riippumatta.

Perusteet valtionosuuksien määrittämiselle vaihtelevat eri palveluille. On vaikea löytää kaikkiin palveluihin yhteisesti soveltuvia perusteita. Esimerkiksi lastensuojelun tarvekriteerejä on erityisen vaikea määrittää pelkästään kuntien palveluun osoittamien resurssien perusteella. Lasten ja nuorten lisääntyneet ongelmat (mm. sijaishuollon tarve) huomioon ottaen tässä tutkimuksessa ehdotetaan muista sosiaalihuollon palveluista erillisiä valtionosuuksien määräytymisperusteita lastensuojeluun. Muiden sosiaalihuollon palvelujen osalta voitiin helpommin löytää johdonmukaisesti esiin tulevia tarvetta heijastavia muuttujia, joiden perusteella kuntien valtionosuudet voitaisiin kohdentaa. Tarvetta kuvaavista muuttujista perherakenne sekä työllisten, vammaisuuksia saavien ja ulkomaalaistaustaisten osuudet väestöstä muodostuivat tärkeimmiksi menojen vaihtelua selittäviksi tekijöiksi. Kuntien erilaisia olosuhteita parhaiten huomioonottava peruste on ns. asutusrakennetekijä.

Tutkimusraportti etenee seuraavasti. Luvussa 1 esitellään kuntien vastuulla olevaa sosiaalihuoltojärjestelmää yleisesti. Luvussa 2 käydään tarkemmin läpi täs-

sä tutkimuksessa käsiteltävät sosiaalipalvelut. Sen jälkeen luvussa 3 käsitellään nykyisiä valtionosuuksien määräytymisperusteita sosiaalihuollon osalta sekä luodaan katsaus aikaisempiin valtionosuuksia sosiaalihuollon osalta pohtineisiin selvityksiin. Luvussa 4 pohditaan sosiaalihuollon erityispiirteitä ja niiden huomioimista valtionosuuskriteerien määrittämisessä. Tutkimusaineisto ja käytetyt menetelmät esitellään luvussa 5. Luvussa 6 käydään läpi mallien tuloksia ja luvussa 7 esitetään mahdollisia tekijöitä laskennallisten valtionosuuksien määrittämiseksi. Lopuksi tehdään yhteenveto tutkimuksesta.

1 Sosiaalihuolto

Suomalainen sosiaalihuolto perustuu pohjoismaiseen hyvinvointivaltiomalliin. Sosiaalihuolto on osa suomalaista sosiaaliturvajärjestelmää, johon kuuluu koko sosiaalivakuutusjärjestelmä ja lähinnä kuntien vastuulla oleva sosiaalihuollon kokonaisuus. Laaja julkinen vastuu ja verorahoitus ovat hyvinvointijärjestelmän kulmakiviä. Vastuu toimeentuloturvasta on pääosin valtiolla ja sosiaaliturvarahastoilla kun taas sosiaalihuollon palveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla. Vaikka palvelut ovatkin pääosin kuntien järjestämisvastuulla, on valtion ohjaus sosiaalihuollon peruseriaatteiden asettamisessa ja niiden toteuttamisen valvonnassa suhteellisen vahva.

Kuntien sosiaalihuolto koostuu sosiaalipalveluista ja toimeentuloturvasta. Kuntien vastuulla olevia toimeentuloturvan muotoja ovat viimesijainen toimeentulotuki, elatustuki ja palveluja korvaavat tai täydentävät kotihoidon tuki, yksityisen hoidon tuki ja omaishoidon tuki. Pääosa palveluista on suunnattu lapsille ja lapsiperheille sekä vanhuksille. Valtaosa sosiaalipalvelumenoista koostuu juuri näille ryhmille suunnatuista palveluista.

Seuraavassa määritellään suomalainen sosiaalihuolto lähinnä lainsäädännön kautta. Sosiaalihuollon tavoitteet ja painopisteet määritellään valtakunnallisesti hallitusohjelmassa ja sektoria koskeissa tavoiteohjelmissa. Sosiaalihuoltoon kuuluvien palvelujen kuvaukset tulevat selkeimmin esille käytännön toimien kautta sekä palvelujen kohderyhmien että varsinaisten käyttäjien kautta.

1.1 Sosiaalihuollon määritelmä

Sosiaaliturvaa on kehitetty Suomessa vuosikymmenten kuluessa suhteellisen systemaattisesti vaikkakin hajanaisesti. Varhaisimmat sosiaaliturvan lainsäädäntöpohjaiset järjestelmät kehitettiin tapaturmavakuutukseen. Myös työsuojelussa on edetty kansainväliseen tapaan varsin varhain. Toimeentuloturvan ensimmäisiä järjestelmiä olivat kansaneläkejärjestelmä, huoltoapu ja lapsilisät. Järjestelmällisemmin toimeentuloturvaa alettiin rakentaa 1960-luvulta lähtien, jolloin työeläketurva sairausvakuutusjärjestelmä ja työttömyysturva sekä näitä täydentävät erilaiset taloudellisen tuen muodot perustettiin. Palvelujärjestelmässä taas terveydenhuolto edustaa vanhinta kerrostumaa. Huomattavasti myöhemmin alettiin järjestää eri sosiaalipalveluja. Suurta murrosta merkitsivät kunnallisten sosiaali- ja terveystalveluiden merkityksen kasvu 1980 – 1990 -luvuilla.

Nykyisen järjestelmän johdonmukainen piirre on toimeentuloturvan hoitaminen joko valtion tai välillisen julkishallinnon toimintana (kuntien toimeenpanemaa elatustukea ja toimeentulotukea lukuun ottamatta Kansaneläkelaitoksen

toimintaa) ja palvelujärjestelmän hoitaminen kuntien toimintana. Rahamääräiset etuudet ovat yleisesti ottaen niin sanottuja subjektiivisia oikeuksia, kun taas palvelujärjestelmästä suhteellisen vähäinen osa on subjektiivisten oikeuksien piirissä. Pääosa palveluista on kuntien lakisääteisiä määrärahasidonnaisia palveluita, jotka kuntien tulee toimeenpanna kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisesti. Kuntalaki (365/1995) ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki (733/1992) säätävät tavoista, joilla kunta voi täyttää sosiaaliturvaa koskevat velvoitteensa.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kunnille säädetyt pakolliset tehtävät jakautuvat kahtia. Osa on taattu lailla palveluja ja etuuksia tarvitseville subjektiivisina oikeuksina, jolloin voidaan puhua kunnan *erityisestä järjestämisvastuusta*. Osa taas kuuluu sellaisten lakisääteisten tehtävien piiriin, joita ei ole lailla säädetty subjektiivisiksi oikeuksiksi, jolloin kunnilla on näiden osalta vain *yleinen järjestämisvelvollisuus*. Yleisen ja erityisen järjestämisvelvollisuuden välinen ero ilmenee kunnan talousarvioonsa ottamien määrärahojen merkityksessä. Kunnan on myönnettävä erityisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluva palvelu tai etuus laissa säädetyt edellytykset täyttävälle henkilölle siitä riippumatta, onko tähän käytettävissä talousarvioon otettua määrärahaa vai ei. Sitä vastoin yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvien palvelujen suhteen kunnalla on enemmän harkintavaltaa. Sosiaalihuollon palveluista ja etuuksista säätäviä erityislakeja ovat vammaispalveluista, päihdehuollosta ja lastensuojelusta annetut lait. Sosiaalihuoltolain nojalla annettavia määrärahasidonnaisia palveluja ovat sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut, laitoshuolto, perhehoito, omaishoidon tuki, vammaisten työllistymistä tukeva toiminta ja työtoiminta. Näiden lakisääteisten velvollisuuksien lisäksi kunnat voivat järjestää palveluja ja myöntää etuuksia tahtonsa ja tarpeidensa mukaan kunnallisen itsehallinnon ja kuntalain asettamissa rajoissa. Kuntien itselleen ottamat tehtävät ovat vapaaehtoisia ja kuuluvat kuntien yleiseen toimialaan. Silloin, kun toiminnasta ei ole säädöksiä, siihen ei makseta valtionosuutta. Tällaisista etuuksista ja palveluista esimerkiksi voidaan mainita esim. sosiaalinen kuntoutus, sosiaalinen luototus, ehkäisevän toimeentulon myöntäminen sekä lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuen kuntalisät (joista kuitenkin on myös säännökset asianomaisessa erityislaissa).

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet. Palvelu ja hoitosuunnitelmat on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Sosiaalihuoltolain mukaan laitoshuoltoa annetaan henkilölle, joka tarvitsee apua, hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota ei voida tai ei ole tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluja hyväksikäyttäen. Laitoshoidossa voidaan hoitaa toimintakyvyltään erilaisia henkilöitä ja myös laitoshoidon ja palveluasuminen voivat olla vaihtoehtoisia hoidon järjestämistapoja. Perustuslain (19.4 §) mukaan julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä. Säännöksen tulisi ohjata palveluasumiseen tai kotona palvelujen turvin tapahtuvaan

asumiseen laitoshoidon sijaan. Suuntaus onkin ollut, että avohuollon palvelujen avulla hoidetaan kotona yhä heikompi- ja enemmän apua tarvitsevia, näin järjestetty hoito on myös kustannuksiltaan edullisempaa. Hoito on laitoshoidon, kun se on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla sekä silloin kun se on järjestetty vanhainkodissa, kehitysvammaisten erityishuollon keskuslaitoksessa tai päihdehuoltolaitoksessa. Yleensä laitoshoidossa hoidetaan sairaita ja vanhuksia, lastensuojelulapsia, vammaisia, kehitysvammaisia tai mielenterveysongelmaisia, joiden hoito muutoin ei ole mahdollista.

Sosiaalihuollon laitokselle on tunnusomaista, että siellä annetaan hoitoa, kuntoutusta ja ylläpitoa erityistä huolenpitoa vaativille henkilöille, jotka eivät tarvitse sairaalahoitoa, mutta jotka eivät selviä kotona tai muussa avohoidossa säännöllisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä huolimatta. Avohoidolle tunnusomaista taas on se, että henkilö asuu joko omistusasunnossa tai vuokra-asunnossa, josta on tehty vuokrasopimus. Avohoitoa voidaan järjestää myös vammansa tai sairautensa vuoksi myös paljon tukea tai hoitoa tarvitsevalle henkilölle. Avohoidossa olevaksi katsotaan myös sosiaalihoitolain ja vammaispalvelulain mukaisia asumispalveluja saava henkilö. Hengityshalvauspotilas katsotaan sosiaalivakuutusetuksia myönnettäessä laitoshoidossa olevaksi silloinkin, kun hän tosiasiallisesti on avohoidossa. Perhehoidossa olevan henkilön katsotaan aina olevan avohoidossa. Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon, kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoidossa hoidetaan yleensä lastensuojelulapsia, kehitysvammaisia ja mielenterveysongelmaisia, jotka hekin usein ovat lapsia. Omaishoitajaksi taas kutsutaan hoitajaa, joka hoitaa kotona useimmiten joko vanhuksia tai vammaisia. (Stakes, 2006)

Kokonaisuutena voidaan Suomen sosiaaliturvaa luonnehtia nykyisin varsin kattavaksi. Nykyiseen perustuslakiin sisältyvät sosiaalisten perusoikeuksien kannalta keskeiset taloudelliset (PL 19 §), sosiaaliset (PL 18 §) ja sivistykselliset perusoikeudet (PL 16 §). Lainsäädäntöä on viime vuosina laajasti uudistettu yhtenä tavoitteena säännösten perustuslainmukaisuus. Perustuslaissa yleisen toimeksianton mukaan julkisen vallan on taattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Lainsäätäjän on siten säädettävä tarkemmin tämän velvollisuuden toteuttamisesta. Toimeksianto ulottuu pääsäännön mukaan kuntiin vain sikäli kuin lainsäädäntö osoittaa niille tehtäviä, jotka koskevat sosiaali- ja terveyspalveluja. Säännös edellyttää, että julkinen valta turvaa palvelujen saatavuuden (ei kuitenkaan velvoita tuottamaan näitä palveluja). Palvelujen riittävydessä lähtökohdaksi on asetettu taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Säännökset antavat suojan sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon heikennyksiä vastaan, jotka merkitsevät tietyn vähimmäistason alittamista. Myös asiakasmaksuista on säädetty etteivät maksut saa siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin tai johtaa siihen, että palveluja tarvitsevat joutuvat turvautumaan viimesijaisiin tukimuotoihin.

1.1.1 Sosiaalipalvelut

Kuntien vastuusta sosiaalipalveluiden järjestäjänä on säädetty sosiaalihuoltolaissa.¹ Sosiaalipalvelut jakautuvat sosiaalihuoltolain mukaan järjestettäviin *yleisiin palveluihin* sekä erityislainsäädännöllä säädettyihin *erityispalveluihin*.

Sosiaalihuoltolakiin sisältyvät sosiaalipalvelut ovat

- sosiaalityö
- kasvatus- ja perheneuvonta
- kotipalvelut
- asumispalvelut
- laitoshuolto
- perhehoito ja omaishoidon tuki

Erityislailla säädettyt sosiaalipalvelut ovat

- lasten päivähoito
- lasten ja nuorten huolto
- lastensuojelu
- päihdehuolto
- vammaishuolto
- kehitysvammahuolto

1.1.2 Tulonsiirrot

Kuntien vastuulla olevat tulonsiirrot rajoittuvat sosiaalipalveluja täydentäviin tai korvaaviin etuuksiin, kuten lasten kotihoidon tuki, yksityisen hoidon tuki, omaishoidon tuki sekä avustukset asunnon muutostöissä. Näiden lisäksi kuntien vastuulla ovat toimeentulotuki ja elatustuki. Toimeentulotuki on sosiaalihuoltolainsäädännössä määrätty subjektiiviseksi oikeudeksi.

1.2 Sosiaalihuollon tavoitteet

Suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän ja siihen kuuluvan sosiaalihuollon tavoitteena on turvata jokaiselle perustuslain mukainen oikeus ihmisarvoisen elämän edellyttämään välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Tavoitteisiin on kirjattu, että sosiaalipalveluilla ja toimeentuloturalla turvataan yksilön ja perheen hoiva ja huolenpito elämänkaaren eri vaiheissa, mahdollistetaan työelämään osal-

1 Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

listuminen ja sukupuolten välinen tasa-arvo. Myös syrjäytymisen ehkäisy ja hoito ovat olennainen osa sosiaalihuoltoa.

Suomalaisessa sosiaalipolitiikassa korostetaan sosiaalisten ongelmien ehkäisyä. Ehkäisevät toimenpiteet ovat taloudellisin ja inhimillisin keino ylläpitää sosiaalista hyvinvointia. Ongelmien ehkäiseminen edellyttää sosiaalisten näkökohtien huomioimista kaikissa yhteiskunnallisissa ratkaisuissa, kuten ympäristö- ja asuntopolitiikassa sekä työvoima- ja koulutuspolitiikassa.

Kunnallisessa sosiaalihuollossa pyritään riittävillä ja korkeatasoisilla palveluilla kattamaan kaikkien väestöryhmien tarpeet. Palveluja järjestetään sekä tiettyjä kohderyhmiä varten (esim. vammaispalvelut) että yleisinä, kaikkien ryhmien käytettävissä olevina palveluina (esim. lasten päivähoito).

1.3 Sosiaalihuollon organisointi ja palvelujen järjestäminen kunnissa

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä kaventui valtion rooli sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa samalla, kun kuntien valta kasvoi. Samalla valtio siirtyi voimavaraohjauksesta informaatio-ohjaukseen ja sittemmin ohjelmaohjaukseen.

Valtiolla on kuitenkin viimesijainen vastuu niin palvelujärjestelmien kuin toimeentuloturva koskevien järjestelmien asianmukaisesta toiminnasta perustuslain mukaan. Valtio voi siirtää lailla tai lain nojalla tehtäviä kunnille. Kuntalaki (365/1995) ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki (733/1992) säätävät tavoista, joilla kunta voi täyttää sosiaaliturvaa koskevat velvoitteensa. Tehtävät edellyttävät riittäviä voimavaroja, koulutustasoa ja muita tekijöitä, joilla voidaan etukäteen varmistaa perusoikeuksien, oikeusturvan ja hyvän hallinnon vaatimusten toteutuminen sekä jälkikäteen oikeusturvan keinojen varmistaminen (esim. muutoksenhaku).

Mitä huonompi kunnan taloudellinen tilanne on, sitä enemmän sen pakollisia tehtäviä koskevan rahoitusosuuden kasvaminen kaventaa sen itsenäistä päätösvaltaa taloudestaan. Kunnallista itsehallintoa koskevia ongelmia, joita kuntien pakollisia tehtäviä koskevan rahoitusosuuden kasvu synnyttää, ei poista kuntien mahdollisuus säädellä tulorahoitustaan kunnallisveroprosenttia korottamalla. Jos kunnan on välttämätöntä nostaa veroprosenttia voidakseen rahoittaa lakisääteiset tehtävänsä, kunnan ei voitane sanoa käyttävän itsehallinnollista päätösvaltaansa. Sekä tulorahoitusta että menojen suuntaamista koskeva päätöksenteko on tällaisessa tilanteessa valtiollisten ratkaisujen sitomaa. (Stakes, 2006)

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevan lainsäädännön sekä ohjaa ja valvoo sen toteutumista. Sosiaali- ja terveysministeriö johtaa ja ohjaa sosiaaliturvan sekä sosiaali- ja ter-

veydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa palvelujärjestelmän ja henkilöstön valtakunnallisella ohjauksella. Se määrittelee sosiaali- ja terveyspolitiikan suuntaviivat, valmistelee keskeiset uudistukset ja ohjaa niiden toteuttamista ja yhteensovittamista sekä vastaa yhteyksistä poliittiseen päätöksentekoon. Hallinnonalalla toimii lisäksi virastoja ja laitoksia, jotka huolehtivat yhdessä ministeriön kanssa hallinnonalan tutkimus-, kehittämis-, tilastointi- ja valvontatehtävistä.

Suomessa toimii yhdeksän lakisääteistä sosiaalialan osaamiskeskusta, joille on suunnattu pysyvä valtion rahoitus. Osaamiskeskukset ovat alueensa kuntien, yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja sosiaalialan järjestöjen yhteenliittymiä. Ne pitävät yllä ja välittävät sosiaalialan osaamista alueellaan.

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisesta ohjauksesta ja valvonnasta. Ne käsittelevät mm. sosiaalipalveluja koskevat kantelut. Lääninhallitukset järjestävät myös koulutusta sosiaalihuollon henkilöstölle ja osallistuvat kuntien palvelujen kehittämishankkeisiin.

Sosiaalihuollon toteuttaminen on hajautettu pääasiallisesti kuntien vastuulle. Palvelujärjestelmässä lähes kaikki tehtävät ovat kunnan järjestämisvastuulla, vaikka varsinainen palvelujen tuottaminen voidaan siirtää myös yksityiselle palveluntuottajalle. Valtio hoitaa varsinaisista sosiaalipalveluista koulukoteja. Terveystenhuollossa valtion vastuu ulottuu laajemmalle (eräät mielisairaalat sekä puolustusvoimien, rajavartiolaitoksen sekä vankeinhoitolaitoksen terveydenhuolto). Lisäksi valtio vastaa mm. työvoimapalveluista sekä yliopistoista ja joistakin oppilaitoksista, joilla on erityinen tehtävä. Kunnat vastaavat sosiaalipalvelujen järjestämisestä ja toimeentulotuen sekä elatustuen myöntämisestä. Kuntien tehtävänä on järjestää sosiaalihuollon palvelut asiakkaidensa tarpeiden mukaisesti. Vaikka lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaalihuollon palvelut kuntalaisille, se ei säätelä yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa. Siten kunnilla on suuri päättäväisyyttä palvelujen suhteen. Palvelujen järjestämisvelvoite on kuitenkin joidenkin tehtävien suhteen määritelty hyvin tarkasti, kuntia velvoittavat erityislait, jotka turvaavat kuntalaisille palvelut kaikissa olosuhteissa subjektiivisina oikeuksina (esim. vammaispalvelulaki ja lastensuojelulaki). Toisin sanoen lakisääteisissä tehtävissä subjektiivisina oikeuksina taatut etuudet merkitsevät kunnille suurempaa rasitetta kuin pelkästään yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvat etuudet, joissa kunta voi käyttää omaa harkintavaltaansa palvelutarvetta ja sen edellyttämiä voimavaroja arvioidessaan. Kunnilla on oikeus päättää itsenäisesti omasta taloudestaan (itseverotusoikeus), mutta mitä suuremman osan verotuloistaan kunta joutuu käyttämään lakisääteisten tehtäviensä rahoitukseen, sitä rajoitumpi on sen itsenäinen päätösvalta taloudestaan ja samalla itsehallinto.

Suomessa on kaksi kansalliskieltä, suomi ja ruotsi. Kaksikielisissä kunnissa asukkailla on oikeus saada tarvitsemansa palvelut valintansa mukaan suomen tai ruotsin kielellä. Yksikielisissä kunnissa palvelut järjestetään pääsääntöisesti kun-

nan kielellä. Myös saamelaisilla on kotiseutualueellaan oikeus saada sosiaalihuollon palveluita saamen kielellä. Tämän lisäksi palveluja annettaessa on aina otettava huomioon asiakkaan yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritautensa. (Sosiaalihuolto Suomessa, STM, 2007)

Kunnat tuottavat suurimman osan palveluista itsenäisesti omana toimintanaan. Kunnat voivat järjestää palveluja myös yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palvelut toiselta kunnalta, kansalaisjärjestöiltä tai yksityisiltä palvelun tuottajilta. Kunnille säädetty palvelujen järjestämisvastuu voidaan toteuttaa myös palvelusetelin avulla tai kaikkia näitä em. tuottamistapoja yhdistelemällä. Palvelusetelijärjestelmä tarkoittaa saajalle myönnettyä määrätyn palvelun ostoon oikeuttavaa määräsummaista etuutta, jonka setelin saaja voi käyttää palvelun maksamiseen. Pääsääntöisesti henkilö voi tällöin itse valita palvelun tuottajan. Tätä valinnanvapautta on kuitenkin rajoitettu sosiaalihuollon palvelujen osalta siten, että kunnan on hyväksyttävä sosiaalihuoltolain perusteella ne sosiaalihuollon palvelujen tuottajat, joiden palvelujen ostamiseen kunnan antamaa palveluseteliä voidaan käyttää. Setelin käyttämisestä esim. kotipalvelun hankkimiseen on yksityiskohtaiset määräykset, joissa säännellään mm. setelin vähimmäisarvo sekä sen myöntämisessä hyväksyttävistä tuloarajoista ja tuloista. Asiakas voi tosin kieltäytyä tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet muilla tavoin järjestettävien palvelujen piiriin (SHL 29a.3 §).

Kuntien järjestämien palveluiden rahoitus koostuu verotuksen kautta kerätystä rahoituksesta, valtionosuuksista sekä asiakasmaksuista. Asiakasmaksuista ja erilaisten kustannusten korvausten omavastuuosuuksista on säädelty maksu- ja kustannuskatoilla. Rajoitukset pyritään asettamaan siten, että maksut eivät saa olla tasoltaan sellaisia, että palvelujen käyttäminen tosiasiallisesti estyy. Julkisen vallan velvollisuus turvata riittävät palvelut sisältää myös tämän ulottuvuuden. Maksukatosta, sen suuruudesta ja maksukaton piiriin kuuluvista palveluista tulee säätää lailla.

Kuntasektorin asema sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana on muuttumassa sikäli, että yksityisten palveluntuottajien eli järjestöjen ja yritysten tuottamat palvelut ovat lisääntyneet. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat jo yli neljäsosan sosiaali- ja terveyspalveluista (STM, 2007).

Sosiaalipalveluja tuottaa noin 115 000 työntekijää kunnissa ja noin 50 000 työntekijää järjestöissä ja yrityksissä. Suomalainen sosiaalihuollon henkilöstö on kansainvälisesti verraten erittäin hyvin koulutettua. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiltä edellytetään ylempää korkeakoulututkintoa. Samoin eri sosiaalipalveluissa ohjaustehtävissä toimivan työntekijän kelpoisuusvaatimuksena on alempi korkeakoulututkinto tai ammattikorkeakoulututkinto. Valtaosalla henkilöstöstä on vähintään ammatillinen peruskoulutus.

Sosiaalihuollon keskeisiä ammattiryhmiä ovat sosiaalityöntekijät, sosiaaliohjaajat, lähihoitajat, lastentarhanopettajat ja lastenhoitajat. Tehtävissä vaadittavat

kelpoisuudet on määritelty sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa². Kelpoisuuslain perusteella sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2006 suosituksen sosiaalihuollon henkilöstön tehtävärakenteesta ja mitoituksesta. Lisäksi henkilöstön ammattitaitoa ja osaamista ylläpidetään ja kehitetään täydennyskoulutuksella. Kunnilla on lakisääteinen velvoite järjestää täydennyskoulutusta sosiaalihuollon henkilöstölle.

1.4 Sosiaalihuoltomenot

Vastuu sosiaalihuollon palveluiden järjestämisestä ja siten kustannuksista on kunnilla itsellään. Järjestämistavat vaihtelevat usein palvelusta riippuen. Yleisempiä ja yksikkökustannuksiltaan halvempia avohuollon palveluita on yksittäisen kunnan helpompi järjestää omana palvelutuotantona kuin esim. kalliita ja harvinaisempia laitospalveluita. Vastuu palveluiden rahoittamisesta on kuitenkin kunnilla. Kunnat rahoittavat palvelunsa pääasiassa verotuloilla, valtionosuuksilla ja maksuilla. Tämä järjestelmä muuttui vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmäuudistuksessa. Tällöin kunnille annettiin vastuun lisäksi myös enemmän vapauksia, ja käytännössä kunnilla on lain puitteissa vapaat kädet tuottaa palvelut haluamallaan tavalla.

Sosiaalihuollon rahoitetaan pääosin verovaroin. Vuonna 2006 sosiaalimenot olivat noin 44 miljardia euroa (Taulukko 1). Sosiaalihuollon osuus sosiaalimenoista oli noin 15 prosenttia. Kuntien sosiaalihuollon menot olivat noin 6 miljardia euroa, josta kolme neljäsosaa käytettiin sosiaalipalveluiden menoihin ja neljännes toimeentuloturvan menoihin. Sosiaalihuollon menoista lähes puolet suuntautuu lapsiin ja lapsiperheisiin päivähoidon, kotihoidon tuen sekä lastensuojelun kautta (Taulukko 2). Vanhusten osuus menoista on noin 17 % ja vammaisten niin ikään 17 %. Käyttökustannuksiin osoitetut valtionosuudet kattavat noin kolmanneksen kuntien lakisääteisistä menoista. Kuntien osuus käyttömenoista on siis kaksi kolmasosaa. Asiakkailta perittävillä maksuilla katetaan noin 10 % sosiaalipalvelujen menoista (lasten päivähoidon menoista n. 15 %). Maksuttomia sosiaalipalveluja ovat mm. sosiaalityö sekä kasvatus- ja perheneuvonta. Myös muista sosiaalipalveluista maksu voidaan jättää perimättä elatusvelvollisuuden, toimeentuloedellytysten tai huollollisten syiden perusteella.

2 Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005.

Taulukko 1. Sosiaalimenot tehtävittäin ja palvelujen osuus menoluokista vuonna 2006.

	Menot mrd. €	Näistä palveluja %
Sairaus ja terveys	11,1	82,4
Toimintarajoitteisuus	5,4	28,2
Vanhuus	14,5	11,0
Leski ja omaiset	1,5	0,3
Perhe ja lapset	4,8	46,2
Työttömyys	3,6	10,9
Asuminen	0,4	100
Muu sosiaaliturva	1,0	47,7
Hallinto	1,4	-
Yhteensä	43,8	37,3 %

Lähde: Sosiaalimenot ja rahoitus 2006. Stakes, Tilastotiedotteita 9/2008.

Taulukko 2. Kuntien sosiaalihuollon menot toimintamuodoittain vuonna 2007 ja asiakasmaksujen osuus kustannuksista.

	Asiakas %	Menot, milj. €
Lasten päiväkotij- ja perhepäivähoito	14,7	1 748
Kotihoidon tuki	0	473
Lapsiperheiden muut palvelut	1,1	427
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	2,2	472
Vanhusten laitoshoido	16,7	862
Vammaisten laitoshoido	0,8	184
Kotipalvelut	14,9	613
Muut vanh. & vam. palvelut	10,1	1 549
Päihdepalvelut	4,5	150
Toimeentulotuki ja sosiaalityö	0,9	971

Lähde: Ennakkotietoja kuntien käyttötalouden kustannuksista ja tuotoista tehtävittäin 2007. Tilastokeskus, Aluetaloustilasto.

1.5 Yhteys terveydenhuoltoon

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ei ole Suomessa kehitetty yhden selkeän kokonaisnäkemyksen perusteella, vaan kehitystä ovat ohjanneet poliittiset kompromissit ja tilannekohtaiset käytännöt (Stakes, 2006). Sosiaalihuoltoa ja terveydenhuoltoa on perinteisesti pidetty toisistaan erillisinä palvelukokonaisuuksina. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut nojaavat vuoden 1972 kansanterveyslakiin,

vuoden 1982 sosiaalihuoltolakiin ja vuoden 1989 erikoissairaanhoidtolakiin, mikä on osaltaan johtanut palvelujen kehittämiseen toisistaan erillisinä järjestelminä. Tähän on tosin tulossa muutos, sillä STM asetti kesällä 2007 työryhmän valmistelemaan uutta kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidtolain yhdistävää terveydenhuoltolakia, joka valmistunee lähikuukausina. Samoin sosiaali- ja terveydenhuolto ollaan lähentämässä yhä enemmän toisiinsa, josta on osoituksena ministeriössä tehdyt organisaatiomuutokset ja sosiaali- ja terveydenhuollon alan tutkimuslaitosten yhdistäminen. Myös kuntien käytännöissä palvelut ylittävät tiukat sektorirajat. Monissa kunnissa yhdistetyt sosiaali- ja terveystalokunnat tekevät päätöksiä koskien koko palvelukokonaisuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja lainsäädännön lähentämistä puoltavat paitsi palveluiden järjestämisestä, rahoituksesta ja tuottamisesta aiheutuvat synergiaedut myös ennen kaikkea samat asiakkaat. Esimerkiksi kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen yhteistyö ja koordinointi on ollut kunnissa käynnissä jo pitkään. Tärkeimpiä yhteisiä asiakasryhmiä käytännön tasolla ovat mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjät, vammaiset henkilöt ja huonokuntoiset ikäihmiset. Enenevässä määrin myös maahanmuuttajat (erityisesti pakolaiset) ovat näiden sektorien yhteisasiakkaita.

1.6 Sosiaaliset ongelmat ja niiden alueellinen jakautuminen

Vaikka suurin osa entisajan sosiaalisista ongelmista (lapsikuolleisuus, lukutaidottomuus, aliravitsemus, kulkutaudit) saatiin poistettua maastamme 1900-luvun aikana, on niiden tilalle tullut uusia sosiaalisia ongelmia, kuten suhteellista köyhyyttä ja syrjäytymistä. Syrjäytyneet ovat usein moniongelmaisia, mutta syrjäytyneisyys lähtee liikkeelle yhä useammin työmarkkinoilta syrjäytymisestä. Tässä piilee myös vaara alueellisiin keskittymiin, joissa koko yhteisö on syrjäytynyt työtätekevästä keskiluokkaisesta elämänmenosta työpaikkojen kadottua (Simpura ym. 2008). Moniongelmainen syrjäytyminen tarkoittaa usein työttömyyden lisäksi myös muita ongelmia kuten psykososiaalisia ongelmia ja päihteiden käyttöä.

Sosiaaliset ongelmat eivät ole ainoastaan syrjäytyneiden ongelmia. Ongelmat kohdistuvat myös muuhun väestöön. Yleinen elintason nousu on tuonut mukanaan omat ongelmansa, jotka eivät aiemmin olleet edes mahdollisia. Esimerkkeinä näistä ovat väestön ylipainoisuus, kiireellisen elämän aiheuttamat mielenterveysongelmat ja kasvanut alkoholin kulutus (Simpura ym. 2008). Osa ongelmista on maanlaajuisia, mutta on myös ongelmia jotka usein liitetään urbaaniin elämään kuten rikollisuus ja huumeongelmat.

Sosiaalisten ongelmien ilmenemisen tutkiminen on keskeinen osa hyvinvoinnin tutkimusta³. Hyvinvoinnin ja sen vajeiden alueellista jakautumista on tutkittu suhteellisen paljon, esim. Kainulainen ym. (2001), Karvonen & Rintala (2005), Huhtanen ym. (2005), Siirilä & Viljanen (2000), Karvonen & Kauppinen (2008). Näissä kaikissa tutkimuksissa on havaittu hyvinvoinnin epätasainen jakautuminen ja tiettyntyyppisten ongelmien kasaantuminen. Hyvinvointi näyttääkin pirstaloituneen kunnittain. Hyvinvoinnin jakautumisessa ja sen vajeissa on kuitenkin havaittavissa selviä johdonmukaisuuksia.

Suurissa kaupungeissa elintaso on korkeampi kuin muualla, mutta usein kaupungeissa on muita ongelmia kuten turvattomuutta, työttömyyttä ja päihteiden ongelmakäyttöä. Syrjäseuduilla on puolestaan rauhallisempaa asua (tosin viime vuosina myös siellä ovat psykososiaaliset ongelmat lisääntyneet), mutta elintaso on huomattavasti alhaisempi kuin kaupungeissa. Suurin hyvinvointi näyttäisikin keraantuvan kaupunkien läheiselle maaseudulle, missä elintaso on lähes kaupunkien tasolla, mutta kaupunkien ongelmat eivät ole vielä levinneet sinne. Viime vuosina on ollut havaittavissa, että aiemmin ainoastaan kaupunkien ongelmina pidetyt ongelmat (mm. huumeet ja rikollisuus) ovat levinneet myös taajamiin ja maaseudulle. Ongelmien kulkusuunta voi olla myös päinvastainen. 1990-luvulla oli havaittavissa, että aiemmin maaseudun ongelmana pidetty köyhyys yleistyi myös kaupungeissa. Kuntatyyppi ei kuitenkaan yksin määrittele kunnan hyvinvointia. Merkittäväksi tekijäksi muodostuu myös kunnan maantieteellinen sijainti. Etelä- ja Länsi-Suomessa menee keskimäärin paremmin kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa (esim. Siirilä & Viljanen 2000) Hyvinvoinnin kasautuminen näyttää noudattavan osittain samoja suuntia kuin muuttoliike.

Hyvinvointi on siis jakautunut myös alueellisesti. Sosiaaliturvalla, joka sisältää toimeentuloturvan ja sosiaalipalvelut pyritään paikkaamaan puutteita hyvinvoinnissa. Näkyykö hyvinvoinnin alueellistuminen myös sosiaaliturvassa? Kuinka paljon alueiden työttömyyserot, erot elintasossa, kunnan vauraus, erot päihteiden käytössä ja muut ongelmat heijastuvat toimeentulotukeen, päihdehuoltoon, lastensuojeluun ja muihin palveluihin. Intuitiivisesti voisi olettaa, että huonosti voivilla alueilla sosiaaliturvan kysyntä, tarjonta ja käyttö ovat suurempia. Näin ei välttämättä ole. Sosiaalipalveluiden käyttö on kuitenkin jakaantunut kunnittain ja alueellisesti. Eroavaisuutta on havaittavissa sekä paikallisella tasolla kuntien sisällä että valtakunnallisella tasolla maakuntien ja läänien mittakaavassa. Pelkkä maantieteellinen sijainti ei kuitenkaan määritä palvelumenojen suuruutta.

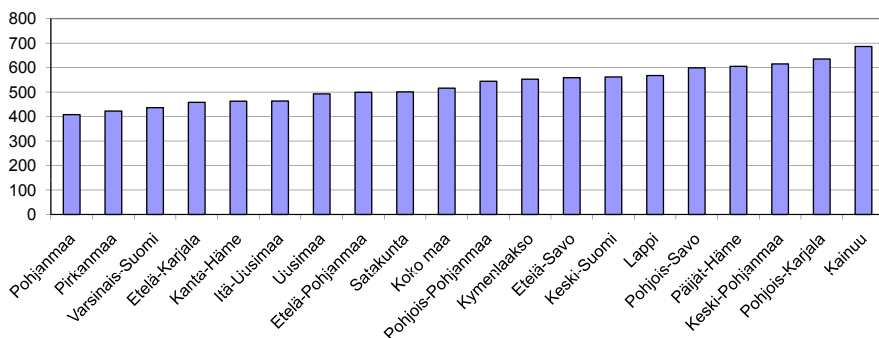
Vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän uudistusta on pidetty merkittävänä selittäjänä palvelujen kuntakohtaiselle vaihtelulle. Tämä muutos osui lama-aikaan, jolloin kunnat itse joutuivat sosiaalipolitiikkansa

3 Hyvinvoinnin määritelmä ei ole kiveen hakattu. Usein hyvinvointia ja sen puutteita mitataan mm. seuraavilla komponenteilla: tulot, alkoholinkulutus ja alkoholikuolemat, työttömyys, toimeentulotuki, asuinolot, koulutustaso, lastensuojelu, rikollisuus, psykiatrinen sairaanhoito, sairaanhoito, huumausainerikollisuus.

leikkausten arkkitehdeiksi. Kunnille annettiin vapaat kädet harjoittaa omaa hyvinvointipolitiikkaa. Yhteys kuntien lisääntyneen budjettivapauden ja palvelumenojen välillä ei ole kuitenkaan yksiselitteinen. Joidenkin tulkintojen mukaan kunnille annettu toimintavapaus jopa pienensi kuntien välisiä menoeroja (Valtonen 2000).

Erot resursseissa eivät välttämättä selitäkään merkittävästi eroja menoissa. Myöskään väestömäärät tai väestötiheys kunnassa ei välttämättä selitä eroja. Merkittävin tekijä näyttäisi sen sijaan olevan erot palveluiden tarpeessa (Huhtanen ym. 2005). Erot tarpeessa selittää silti alle puolet kuntien välisistä eroista, joten kunnallinen päätöksenteko ja aiemmin luodut palvelurakenteet vaikuttavat merkittävästi menojen alueelliseen vaihteluun. (Valtonen 2000)

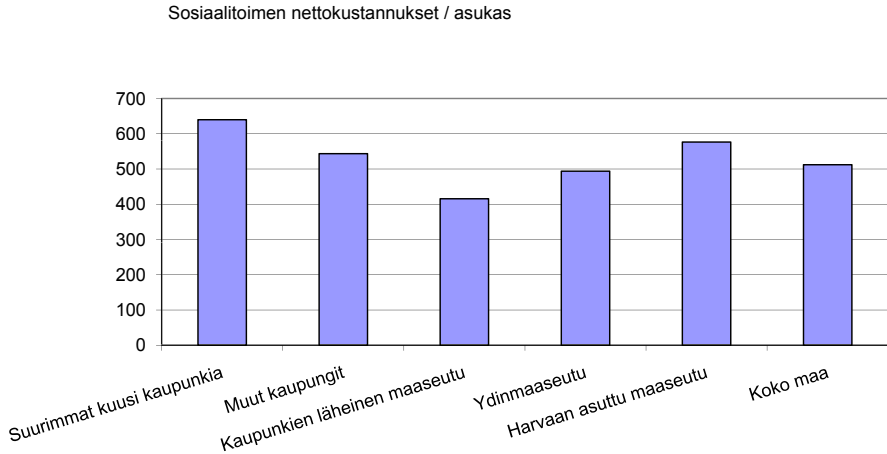
Hyvinvoinnin alueellinen jakautuminen näyttäisi tilastojen valossa heijastuvan myös kuntien sosiaalitoimen nettomenoihin (Kuviot 1 ja 2). Sosiaalitoimen menot vaihtelevat yksittäisten kuntien osalta, mutta tarkasteltaessa menoja maakuntatasolla havaitaan, että menot ovat matalimmat siellä missä hyvinvoinnin taso on korkea⁴. Edelleen kun tarkastellaan sosiaalihuollon menoja kuntatyyppin mukaan (Kuvio 2) havaitaan, että menot ovat pienimmät kaupunkien läheisellä maaseudulla ja suurimmat suurissa kaupungeissa ja harvaan asutulla maaseudulla⁵. Yksittäisten palveluiden osalta alueellista vaihtelua tarkastellaan myöhemmissä luvuissa.



Kuvio 1. Sosiaalitoimen nettomenot maakunnittain vuonna 2006, euroa / asukas.

4 Kainuun kuntien osalta on käytetty maakunnan keskimääräisiä lukuja.

5 Kunnat on luokiteltu Maa- ja metsätalousministeriön luokituksen ”maaseututyypit” mukaan, joista on vielä poimittu kuusi väestöltään suurinta kaupunkia omaksi luokakseen.



Kuvio 2. Sosiaalitoimen nettomenot kuntatyyppin mukaan vuonna 2006, euroa / asukas.

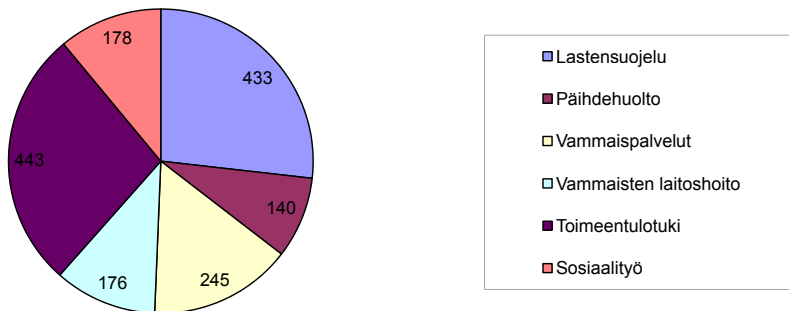
1.7 Vammaisuuden alueellinen esiintyvyys

Merkittävä sosiaalipalveluiden käyttäjäryhmä ovat vammaiset. Voidaanko myös vammaisten määrän ja palvelumenojen kohdalla havaita alueellista eroavaisuutta? Intuitiivisesti voisi ajatella, että ainakin kehitysvammaisuus on sattumanvaraista ja alueelliset erot olisivat näin ollen satunnaisia. Näin ei kuitenkaan ole. Kehitysvammaisia näyttäisi olevan suhteellisesti eniten Itä-Suomessa. Vammaisten kuntakohtaiseen jakautumiseen vaikuttaa kuitenkin kuntien epätasainen jakautuminen alueittain ja kuntien koko varsinkin Itä- ja Pohjois-Suomessa (Sund & Nouko-Juvonen 2000). Tämän lisäksi 2000-luvulla yleistyneet kuntaliitokset muokkaavat kuntakohtaisia lukuja.

Vammaisista henkilöistä ei pidetä yllä rekisteriä, josta vammaisuuden alueelliset esiintymiset voitaisiin suoraan havaita. Kelalla sen sijaan on tiedot vammaisuuden perusteella tukia saaneista henkilöistä. Kunnat puolestaan pitävät kirjaa vammaispalveluiden saajista. Kaikki vammaiset eivät kuitenkaan ole näiden tukien ja palveluiden piirissä. Lisäksi tukea saavien henkilöiden vammaisuuden aste on hyvin laaja. Näistä tiedoista voidaan kuitenkin esittää arviot vammaisten määristä. Vammaisuuksien saajien osuudet väestöstä vaihtelee maakunnittain Kainuun 7,5 prosentista Uudenmaan 3,5 prosenttiin. Tämä selittyy osittain väestön ikärakenteella, joka heijastuu suoraan Kelan etuuksien saajien määrään. Näyttäisi kuitenkin myös siltä, että Itä-Suomessa todella olisi enemmän vammaisia.

2 Tarkasteltavat sosiaalipalvelut

Sosiaalihuolto muodostaa hyvin erityyppisten palvelujen ryhmän, joiden kysynnän määrittävät taustalla olevat tarpeet tai ongelmat. Suurimmat palveluja käyttävät ryhmät ovat lapset ja vanhukset. Myös palvelujen kustannuksissa näille ryhmille tuotetut palvelut nousevat suuren volyyminsa vuoksi esiin. Kuntien sosiaalihuollon kustannuksista puolet muodostuu lasten päivähoidosta ja vanhustenhuollosta. Jäljelle jäävä osuus jakautuu huomattavasti pienempiin osuuksiin. Tässä tutkimuksessa keskitytään neljään suurimpaan jäljelle jäävään menoluokkaan, joka muodostaa yhteensä noin 1,6 miljardin euron osuuden ja noin 40 % kuntien sosiaalihuollon menoista. Nämä palvelut on ryhmitelty kuvion 3 osoittamalla tavalla. Näitä palvelukokonaisuuksia ovat: lastensuojelu, päihdehuolto, vammaisten avo- ja laitospalvelut, toimeentulotuki ja ohjaava sosiaalityö. Kukin näistä palvelukokonaisuuksista pitää sisällään monia erillisiä, mutta samaa ryhmää palvelevia toimenpiteitä. Näiden palvelukokonaisuuksien sisältämät palvelut ja niiden kustannukset samoin kuin palvelujen käyttäjät ja palveluvolyymit esitellään tässä luvussa.



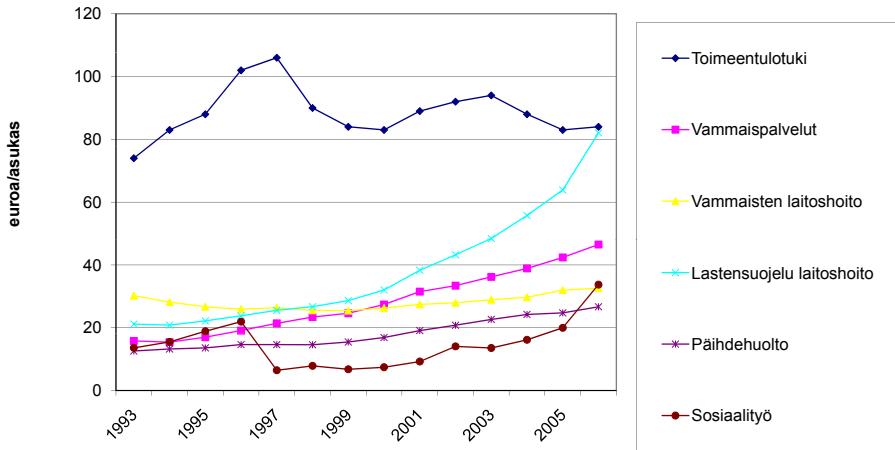
Kuvio 3. Huomion kohteena olevien sosiaalipalveluiden kustannukset yksilöityinä vuonna 2006 (milj. euroa).

Lastensuojelun, päihdehuollon, vammaispalvelujen ja sosiaalityön kustannusten kehitystä kuvataan 1990-luvulta vuoteen 2006 saakka koko maan tasolla alla olevassa kuviossa 4. Menot ovat kasvaneet reaalisesti⁶ asukasta kohti laskettuna kaikkien palveluiden osalta lukuun ottamatta toimeentulotukimenoja, jotka seuraavat parantunutta työllisyystilannetta. Erityisesti lastensuojeluun käytetyt varat ovat kasvaneet kiihtyvällä tahdilla 2000-luvun aikana. Lastensuojelun kus-

⁶ Luvut on defloitu käyttäen Kuntatalouden sosiaalitoimen hintaindeksiä (121), Tilastokeskus.

tannukset ovat kolminkertaistuneet vuosien 2000 ja 2006 välillä. Samaan aikaan myös kuntien vammaispalvelujen kustannukset ovat jatkaneet tasaista nousuaan. Päihdehuollon osalta kustannusten kasvu on ollut rauhallisempaa. Myös sosiaalityön kustannukset, jotka pitkään seurasivat toimeentulotukimenoja, ovat kasvaneet 2000-luvulla.

Prosentuaalisesti tarkasteltuna lastensuojelun menojen kasvu on ollut lähes 300 % vuosien 1993 – 2006 välillä ja vammaisten avopalveluiden noin 200 %. Sosiaalityön menot heilahtelevat vuosittain, mutta ovat kasvaneet vuosien 2003–2006 välillä 150 %. Päihdehuollon menojen kasvu on tasaista, vuosien 1993–2006 välillä menot ovat kuitenkin yli kaksinkertaistuneet. Kokonaisuutena tarkasteltuna tämän tutkimuksen sisältämien sosiaalipalveluiden menot ovat kasvaneet vuosina 1993–2006 83 %.



Kuvio 4. Sosiaalipalvelumenojen (pl. lasten päivähoito ja vanhuspalvelut) reaalin kehitys.

2.1 Lastensuojelu

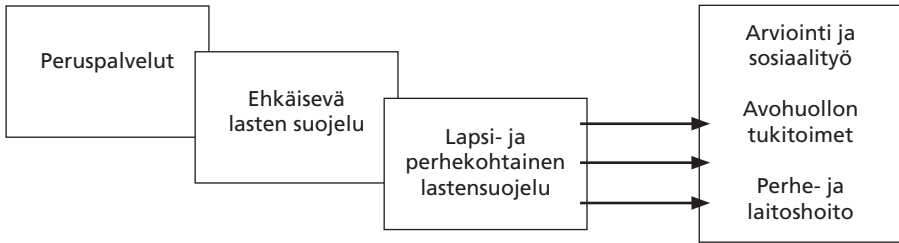
Päävastuu lapsen kehityksestä ja kasvatuksesta kuuluu perheelle. Julkisen vallan puuttuminen perheen sisäiseen elämään on poikkeuksellinen toimenpide, joka tulee kysymykseen vain silloin, kun lapsen hyvinvointia ja oikeuksia ei voida muulla tavoin turvata. Lapsen hyvinvoinnilla tarkoitetaan sekä aineellista että henkistä ja sosiaalista hyvinvointia.

Nykyinen lastensuojelujärjestelmä perustuu uuteen, vuoden 2008 alusta voimaantulleeseen lastensuojelulakiin⁷. Lakiin sisältyviä subjektiivisia oikeuksia ovat

⁷ Lastensuojelulaki (417/2007).

lastensuojeluperheen ja lapsen tai nuoren oikeus tarpeenmukaiseen asuntoon tai asumisoloihin liittyvien puutteiden korjatuksi tulemiseen ja riittävään taloudelliseen tukeen silloin, kun lastensuojelun tarve oleelliselta osin on niistä johtuvaa. Nämä oikeudet ovat osa huostaanoton välttämiseksi toteutettavia avohuollon tukitoimia. Vastaavat oikeudet ovat voimassa myös huostaanoton ja sijaishuollon päättymisen jälkeen toteutuvassa jälkihuollossa, joka ulottuu 21-vuotiaaksi. Toisaalta lastensuojelutarpeen arviointi sisältää aina myös harkintaa. Lastensuojelulain nojalla myönnettäviä määrärahoihin ja palvelujen riittävyydelle asetettuihin edellytyksiin sidottuja palveluja ovat kaikki avohuollon tukitoimet. Uuden lastensuojelulain tavoitteena oli täsmentää lastensuojelua koskevia toimenpiteitä, sekä kuntien vastuuta ja velvollisuuksia. Tavoitteena oli lisäksi lasten ja vanhempien oikeusturvan tehostaminen sekä lapsen kuuleminen (myös alle 12-vuotiaiden lasten). Laila pyrittiin myös lisäämään eri viranomaisten välistä yhteistyötä. Lastensuojelu tulisikin käsittää laajasti lasten suojeluksi, josta vastuussa ovat sosiaaliviranomaisten lisäksi myös muut viranomaiset, perheet ja kanssaihmiset. (Taskinen 2007)

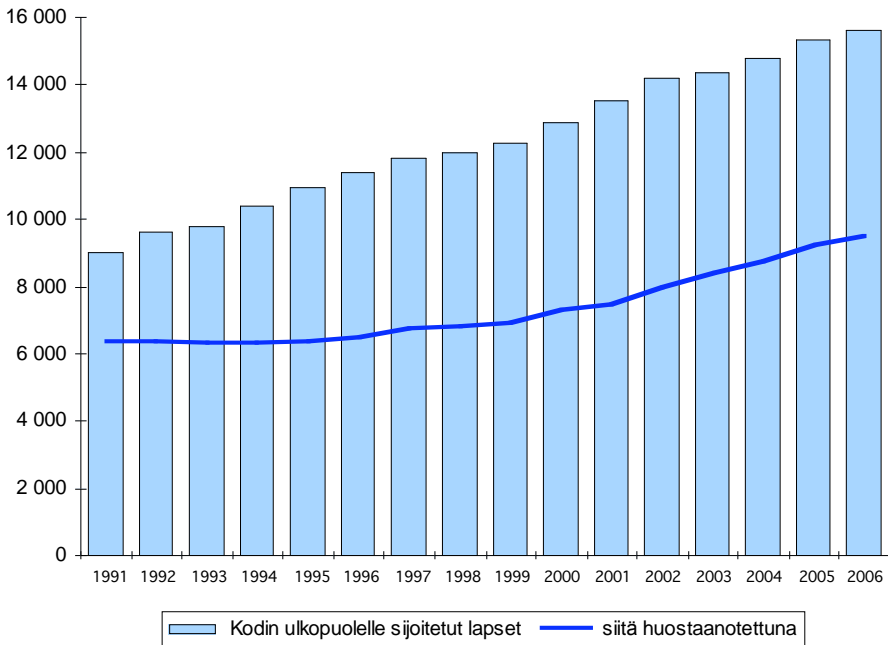
Pohja lasten suojelulle luodaan kunnan järjestämällä peruspalveluilla (Kuvio 5). Näillä palveluilla turvataan lapsen fyysinen ja psyykinen terveys ja tasapainoinen kasvuympäristö. Näihin palveluihin voidaan lukea kuuluvaksi: neuvola, lasten päivähoido, koulu, nuorisotyö, terveydenhuolto, liikuntatoimi, päihdehuolto, mielenterveyspalvelut yms. Nämä peruspalvelut luovat osaltaan vakaan ja turvallisen kasvuympäristön ja toimivat ennaltaehkäisevästi (välillisesti). Ehkäisevä lasten suojelu käsittää lasten tukemisen peruspalveluissa ja järjestötoiminnassa. Tämä tarkoittaa lasten suojelun ennaltaehkäisevää toimintaa ja opastusta ilman että lapsi on varsinaisesti lastensuojelun asiakkaana, mutta lapsi tarvitsee erityistä huomiota. Ehkäisevä lasten suojelu onkin henkilökohtaista toimintaa. Lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu on lastensuojelua sen kansankielisessä tarkoituksessa. Lastensuojelun ydintehtävänä on turvata lapsen oikeus arvokkaaseen elämään ja mahdollisuus arvokkaisuuteen ihmissuhteisiin. Lastensuojelun muotoja ovat: lastensuojelutarpeen selvitys, avohuollon tukitoimet, lapsen kiireellinen sijoitus, huostaanotto, kiireelliseen sijoitukseen ja huostaanottoon liittyvä sijaishuolto sekä jälkihoito. Huostaanottotilanteissa vanhempien vastuu huolenpidosta on siirretty sosiaalilautakunnalle. Rinnakkainen huolenpitovastuu koskee lastensuojelun jälkihoitoa (18–21 v.), jolloin huolenpitovastuu jakautuu nuoren itsensä ja sosiaalilautakunnan välillä – vanhemmilla sitä ei enää täysi-ikäiseksi tulon jälkeen ole.



Kuvio 5. Lasten suojelun kokonaisuus.

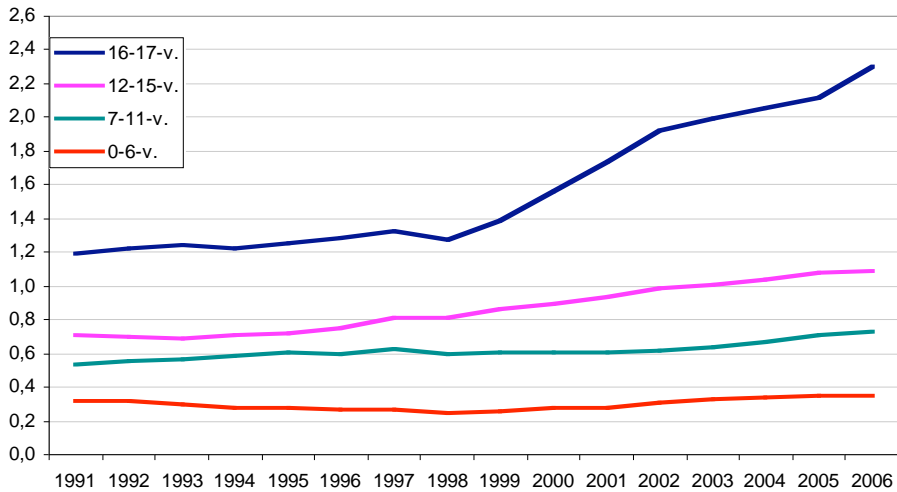
Lähde: Taskinen (2007), muokattu versio

Lastensuojelun kustannukset kuten myös huostaanottojen lukumäärä ovat kasvaneet läpi 2000 -luvun (Kuvio 4 aiemmin ja kuvio 6). Vuonna 2006 oli kodin ulkopuolelle sijoitettuna 15 628 lasta ja nuorta, noin kaksi prosenttia alle 18-vuotiaista. Sijoitettujen kokonaismäärä on kasvanut viime vuosina 2-5 prosentin vuosivauhtia.

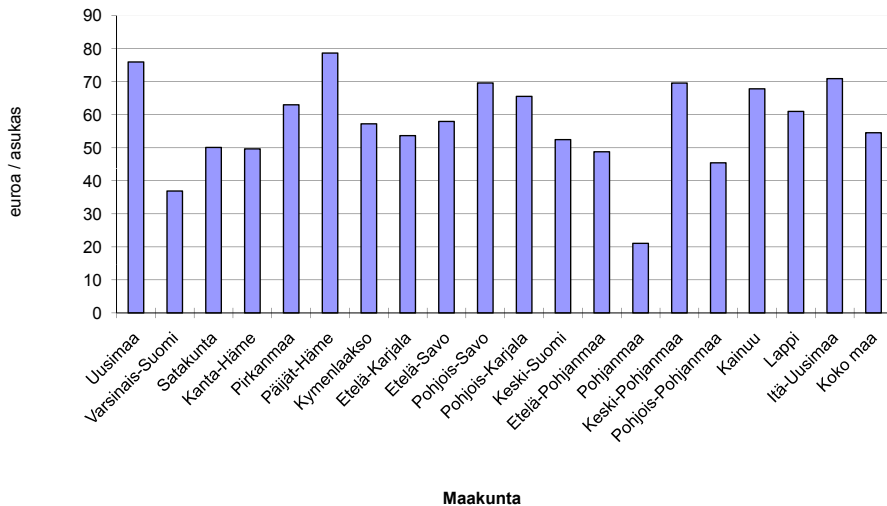


Kuvio 6. Huostaan otettujen ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten (0–17 -vuotiaat) lukumäärä.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna voidaan havaita, että erityisesti 16–17 -vuotiaiden ikäryhmässä huostaan otettujen lasten osuus on kasvanut viimeisten kymmenen vuoden aikana lähes kaksinkertaiseksi. Alla oleva kuvio 7 kuvaa huostassa vuosittain olevat lapset suhteutettuna vastaavaan väestöön 1991–2006.



Kuvio 7. Huostassa vuosittain olevat lapset suhteutettuna vastaavaan väestöön 1991–2006.



Kuvio 8. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannukset asukasta kohti maakunnittain vuonna 2006.

Lastensuojeluongelmat ovat alueellistuneet ja keskittyneet suuriin kaupunkeihin. Kaupungeissa alle 18-vuotiaista lapsista kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus oli 1,4 % vuonna 2006, mutta taajamissa ja maaseudulla osuus on selvästi pienempi, 0,7 %. Kuviosta 8 voidaan todeta, että lastensuojelun kustannukset ovat korkeimmat Uudellamaalla ja Päijät-Hämeessä. Asukasta kohti laskettuna kustannukset ovat nelinkertaiset Pohjanmaahan verrattuna.

2.2 Päihdehuolto

Kuntien tarjoamat päihdehuollon palvelut on määritelty lakiin hyvin löyhästi.⁸ Päihdehuoltolain nojalla myönnettävät palvelut on katsottu subjektiiviseksi oikeudeksi. Kyseessä on kuitenkin puitelaki joka antaa viranomaisille hyvin suuren harkintavallan lain soveltamisessa. Siitä huolimatta, että päihdeongelmaisella on subjektiivinen oikeus kaikkiin tarvitsemiinsa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, niiden myöntäminen tapahtuu talousarvioon varattujen määrärahojen ja palvelujen riittävyydelle asetettujen edellytysten asettamissa rajoissa. Päihdehuollon palvelujen sisältö määräytyy määrärahasidonnaisten palvelujen kautta. Päihdehuollon palveluja on niitä koskevan lain mukaan annettava kehittämällä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein ja niitä tulee antaa päihdeongelmaisen henkilön lisäksi hänen perheelleen ja muille läheisille.

Päihdehuollon palvelujärjestelmää voidaan kuvata kuvion 9 mukaisella kaaviolla. Jokainen kunta luo oman päihdestrategiansa, jonka mukaisesti se tuottaa palveluita ja opasteita kuntalaisille. Varsinaiset palvelut tuotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen kautta tai päihdehuollon erityispalveluissa. Palvelujen laatutaso ja järjestäjätahot vaihtelevat kunnittain. Kaupungeissa on saatavilla enemmän päihdehuollon erityispalveluita kuin haja-asutusalueilla. Toisaalta myös päihteiden, erityisesti huumausaineiden ongelmakäyttö on yleisempää kaupungeissa kuin pienemmillä paikkakunnilla.

Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan päihdehuollon erityispalveluita ja niiden kustannuksia. Aineiston saatavuusongelmista johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palveluiden puolella toteutetut palvelut jäävät tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Tarkasteltavia päihdehuollon erityispalveluita ovat: A-klinikat, nuorisoasemat, päihdeongelmaisten asumispalvelut, ensisuojat, selviämisasemat, päihdehuollon kuntoutuslaitokset sekä katkaisuhuitoasemat.

8 Päihdehuoltolaki (41/1986).



Kuvio 9. Päihdepalvelujärjestelmä.

Lähde: Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002, STM.

Päihdehuollon erityispalvelut voidaan jakaa kuvion mukaan kahteen ryhmään: avopalveluihin ja laitoshoidon. Avopalveluista merkittävimmät ovat A-klinikat ja nuorisoasemat. A-klinikat tarjoavat apua päihdeongelmiin ja niihin liittyviin sosiaaliin, somaattisiin ja mielenterveydellisiin ongelmiin. Niiden toiminta on asiakkaille maksutonta. Nuorisoasemien toimintamuodot ovat usein samat kuin A-klinikoilla ja ne toimivat usein myös hallinnollisesti yhdessä. Pidempiaikaista laitoshoidon tarjotaan katkaisuhoidon asemilla ja kuntoutuslaitoksissa. Katkaisuhoidon pyritään nimensä mukaisesti katkaisemaan päihteen käytön kierre ja luomaan edellytykset kuntouttavaan toimintaan. Katkaisuhoidon ympärivuorokautista hoitoa. Katkaisuhoidon jatkuu usein kuntoutuslaitoksissa, joissa toimintamuotoina ovat yleensä keskustelu, fyysinen kuntoutus, toiminnallinen kuntoutus ja tulevaisuuden suunnittelu. Myös asiakkaan perheenjäsenet voivat osallistua tähän toimintaan. (STM 2002)

Avopalveluiden ja laitoshoidon välimaastoon sijoittuvat ensisuoijat, jotka ovat väliaikaisia asumispaikkoja. Ensisuoijat on tarkoitettu henkilöille, jotka syystä tai toisesta ovat väliaikaisen asumuksen puutteessa. Nämä henkilöt ovat yleensä kaikkien syrjäytyneimpiä päihdeongelmaisia. Ensisuoihin otetaan myös päihtyneitä asiakkaita. Päihdeongelmaisille on myös erilaisia tukiasumisen muotoja ja pal-

veluasumista. Näissä päihteettömyyttä pyritään edistämään erilaisin tukitoimin ja palveluin. (STM 2002)

Päihdehuollon kokonaisuuden kannalta merkittävässä asemassa ovat myös vertaistukiryhmät. Nämä ryhmät toimivat pääosin itsenäisesti vapaaehtoisvoimin. Ryhmien jäsenet ovat yleensä anonyymejä ja ryhmiin osallistuminen on vapaaehtoista, joten jäsenmääristä ei ole tarkkoja tietoja. Merkittävimmät ryhmät ovat Anonyymit alkoholistit (AA) ja Anonyymit narkomaanit (NA). Vertaistukiryhmiä järjestetään myös päihdeongelmaisten perheille. (STM 2002) Merkittävän tukiryhmän muodostavat myös A-killat, jotka alun perin muodostuivat a-klinikoiden asiakkaille, mutta ovat sittemmin laajentaneet toimintaansa. Vertaistukiryhmät eivät kuitenkaan kuulu kunnallisen palvelujärjestelmän piiriin, joten niiden tarkempi tarkastelu jää tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

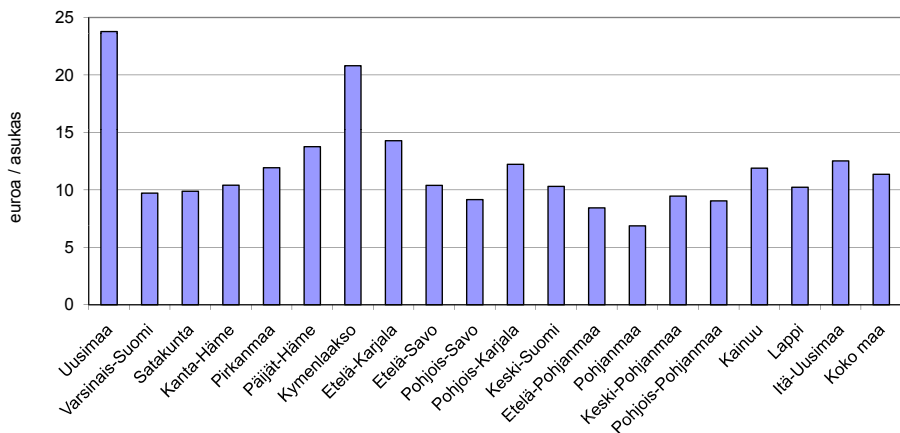
Päihdepalvelujärjestelmissä tapahtui huomattavia muutoksia 1990-luvun laman jälkeen. Ennen lamaa Suomessa oli yksi maailman kattavimmista päihdehuollon järjestelmistä. Laman myötä näiden palveluiden saatavuus kuitenkin heikentyi kun samaan aikaan päihteiden ongelmakäyttö ja palvelujen tarve ovat lisääntyneet. Heikentynyt palvelutarjonta on näkynyt erityisesti akuutti-palveluissa. Avohoitoa ei puolestaan leikattu 1990-luvulla vaan päinvastoin, A-klinikoita perustettiin lisää. A-klinikoiden asiakasmäärä nousi vuosien 1997 – 2006 välillä 39 000 asiakkaasta 44 000 asiakkaaseen. Myös nuoriso-asemien ja asiakkaiden määrä on kasvanut viime vuosina. Vuonna 1997 nuorisoasemilla oli 3700 asiakasta vuodessa. Vajaa vuosikymmen myöhemmin vuonna 2006 asiakkaita oli jo 5800.

Tyypillinen sosiaali- ja terveyspalvelujen päihdeasiakas on keski-ikäinen 40–59-vuotias mies. Nuorvalan ym. (2008) tekemän päihdetapauslaskennan⁹ mukaan yli 50-vuotiaiden asiakkaiden osuus kasvoi 1 500 asiakkaalla vuodesta 2003. Naisten osuus päihdeasiakkaista on kasvanut jyrkästi, kun heidän osuutensa oli vielä 20 vuotta sitten 16 prosenttia, oli se viime syksyn laskennassa kohonnut jo 28 prosenttiin. Useimmat päihdehuollon asiakkaista ovat perheettömiä (4/5) ja asunnottomia on kahdeksan prosenttia. Joka kolmas asiakas on työtön, eläkeläisiä on 42 prosenttia ja työssäkäyviä joka kahdeksas. Mielenterveyshäiriöitä on keskimäärin joka toisella (naisista useammalla). Huumeita, lääkkeitä ja korvikealkoholia käyttäviä oli viime syksyn laskennassa aiempaa vähemmän ja alkoholia käytti entistä useampi, minkä katsottiin johtuvan vuoden 2004 alkoholiveron alennuksesta. Päihdetapauslaskennasta tosin puuttuvat ne asiakkaat, jotka jäävät paitsi palveluja, vaikka

⁹ Stakesin tekemiä päihdetapauslaskentoja on tehty vuodesta 1987. Joka neljäs vuosi maan kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille lähetetään kyselyä, jossa pyydetään tietoja kaikista päihteisiin liittyvistä asioinneista lokakuun toisena tiistaina. Laskennoissa on seurattu eri palvelujen käyttöä, asiakaskunnan rakennetta ja päihteitä, joita on käytetty. Tuorein laskentavuorokausi oli 9.10.2007. Päihdetapauksia kertyi tuolloin 12 045, mikä on enemmän kuin koskaan aiemmin (vuonna 2003 niitä oli 10 946). Täsmällisempää tietoa asiakkaista saa päihdehuollon erityispalvelujen tilastoista ja hoitoilmoitusrekisteristä, Sosiaali-Hilmosta. Niistä puuttuvat kuitenkin sosiaalitoimistot, terveyskeskukset ja kotipalvelu. Sosiaali-Hilmo -rekisteri perustuu diagnooseihin, kun taas päihdetapauslaskennassa päihde-ehdotin asiointi on määritelty laajemmin.

niitä tarvitsisivat. Esimerkiksi liikuntavammaiset eivät aina välttämättä pääse hoitopaikkaan.

Päihdehuollon kokonaismenot ovat kasvaneet tasaisesti koko 2000-luvun ja ovat merkittävä osa sosiaalipalveluiden kokonaisuutta (kuvio 4 aiemmin). Päihdeongelmat ja niihin suunnattu hoito vaihtelee alueittain selvästi (kuvio 10). Päihdehuollon kustannuksissa Uusimaa ja Kymenlaakso erottuvat selvästi muista maakunnista. Toisaalta Pohjanmaalla kustannukset näyttävän jäävän vähäisiksi. Päihdeongelmat ovat keskittyneet suuriin kaupunkeihin, mutta päihdehuoltoon käytetyt kustannukset kertovat myös hoitoon panostamisesta, eivät pelkästään ongelman laajuudesta. Vauraammilla paikkakunnilla palveluihin panostetaan enemmän. Pienillä paikkakunnilla on puolestaan pyritty kehittämään uusia työmuotoja kuten jalkautuvan päihdetyön malli. (Inkeroinen & Partanen 2006).



Kuvio 10. Päihdehuollon kustannukset asukasta kohti maakunnittain vuonna 2006.

2.3 Vammaisten avopalvelut ja laitoshoido

Suomalainen vammaispolitiikka perustuu kolmeen keskeiseen periaatteeseen: vammaisten henkilöiden oikeuteen yhdenvertaisuuteen, oikeuteen osallisuuteen ja oikeuteen tarpeellisiin palveluihin ja tukitoimiin. Oikeuksien toteutuminen edellyttää mahdollisuutta osallistua yhteiskuntaan täysivaltaisena jäsenenä. Vammaispoliittisessa selonteossa hallitus esittää tavoitteiden saavuttamiseksi mm. seuraavia toimenpiteitä: vammaisten kansalaisten työllistymistä edistetään, turvataan kohtuullinen toimeentulo, tuetaan mahdollisuutta itsenäiseen asumiseen, parannetaan oman elämän hallintaa vammaispalveluilla, kulttuuriset oikeudet otetaan huomioon (STM 2006)

Vaikka vammaisten henkilöiden asema on maassamme yleisesti ottaen hyvä, on vammaispalveluiden toteutumisessa edelleen epäkohtia jotka heikentävät vammaisten henkilöiden perusoikeuksia. Vammaispalveluiden keskeisimmät epäkohdat liittyvät palveluiden saatavuuteen ja laadullisiin kysymyksiin. Kunnissa lakeja sovelletaan eri tavoin mikä heikentää vammaisten henkilöiden tasa-arvoista kohtelua. (Rautavaara ym. 2007)

Kuntien tuottamat vammaispalvelut pohjautuvat vammaispalvelulakiin¹⁰. Toiminnan painopisteitä ovat osallistumisen esteiden poistaminen, palvelut ja kuntoutus. Vammaispalvelulaki on toissijainen laki, jonka mukaisia palveluja ja etuuksia myönnetään vain siinä tapauksessa, että henkilö ei voi saada niitä muun lain nojalla. Kunnan tehtävä on ensisijaisesti taata vammaisille samat peruspalvelut (terveys-, sosiaali- ja sivistyspalvelut) kuin muillekin kansalaisille. Näitä toimintoja tukemaan tuotetaan sosiaalihuollon vammaispalveluita. Vaikeavammaisille henkilöille kuuluvina subjektiivisina oikeuksina vammaispalvelulain nojalla myönnettäviä palveluja ovat kohtuulliset kuljetuspalvelut saattajapalveluineen, tulkkipalvelut ja palveluasuminen. Vaikeavammaisella on myös subjektiivinen oikeus saada korvaus asunnon muutostöistä ja asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkimisesta aiheutuneista kohtuullisista kuluista. Oikeudet sisältävät kuitenkin harkintaa, joka koskee mm. tuen saannin edellytyksiä. Yleisenä edellytyksenä lain mukaan on, että henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Arvio sekä tavanomaisesta elämästä suoriutumisesta että kysymys pysyvän laitoshoidon tarpeesta sisältävät harkintaa. Laitoshoitoon määrääminen sulkee henkilön yleensä kokonaan avohuollon palveluiden ulkopuolelle. Myös vaikeavammaisen käsite, joka on määritelty vammaispalveluasetuksessa sisältää tosiasiallisesti huomattavan määrän harkintaa.

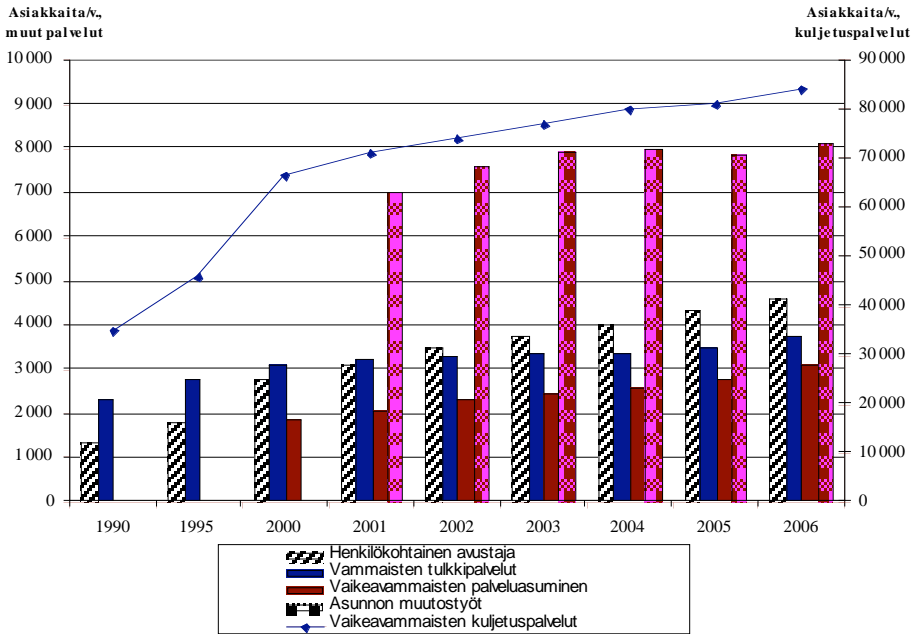
Osa vammaispalvelulain määrittelemistä palveluista ja etuuksista kuuluu kunnan erityisen järjestämisvelvollisuuden piiriin, osa on kunnan harkinnassa olevia yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvia palveluja ja etuuksia. Vaikka kunnan vastuu palvelujen ja tukitoimien järjestäjänä on keskeinen, myös yksityiset palveluntuottajat ja kansalaisjärjestöt täydentävät julkisia palveluja. Kuljetuspalveluina järjestetään välttämättömien työhön ja opiskeluun liittyvien matkojen lisäksi vähintään 18 yhdensuuntaista jokapäiväiseen elämään kuuluvaa matkaa kuukaudessa. Tulkkipalveluja on järjestettävä vaikeasti kuulo- ja näkövammaisille vähintään 240 ja muille säännöksessä määritellyille henkilöille 120 tulkkituntia kalenterivuoden aikana. Palveluasumiseen kuuluvat asunto ja siihen liittyvät palvelut, jotka ovat välttämättömiä asukkaalle jokapäiväiselle suoriutumiselle. Palvelut voivat olla avustamista asumiseen liittyvissä toiminnoissa, liikkumisessa, pukeutumisessa, henkilökohtaisessa hygieniassa, ruokataloudessa, asunnon siivouksessa sekä terveyden, kuntoutuksen ja viihtyvyyden edistämisessä.

10 Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380

Kehitysvammaisilla henkilöillä on subjektiivinen oikeus erityishuoltoon, joka sisältää terveydenhuollon, ohjauksen, kuntoutuksen, työtoiminnan, asumisen, apuneuvot ja –välineet, hoidon ja muun huolenpidon sekä omaisten ohjauksen ja neuvonnan. Periaatteessa kuitenkin koko erityishuolto-ohjelman sisältö samoin kuin siihen sisältyvät palvelut ja etuudet riippuvat ohjelman laativien ammattihenkilöiden arviosta. Yksittäisistä palveluista subjektiivinen oikeus on ainoastaan välttämättömiin kuljetuspalveluihin. Erityishuolto voidaan järjestää joko erityishuollon kuntayhtymän antamien palvelujen avulla tai kunnan omina palveluina. Kunnan on kuuluttava erikseen säädettyyn erityishuollon kuntayhtymään. Kunnan harkinnassa on kuitenkin myös se, järjestetäänkö palvelut omassa kunnassa vai erityishuollon kuntayhtymän kautta.

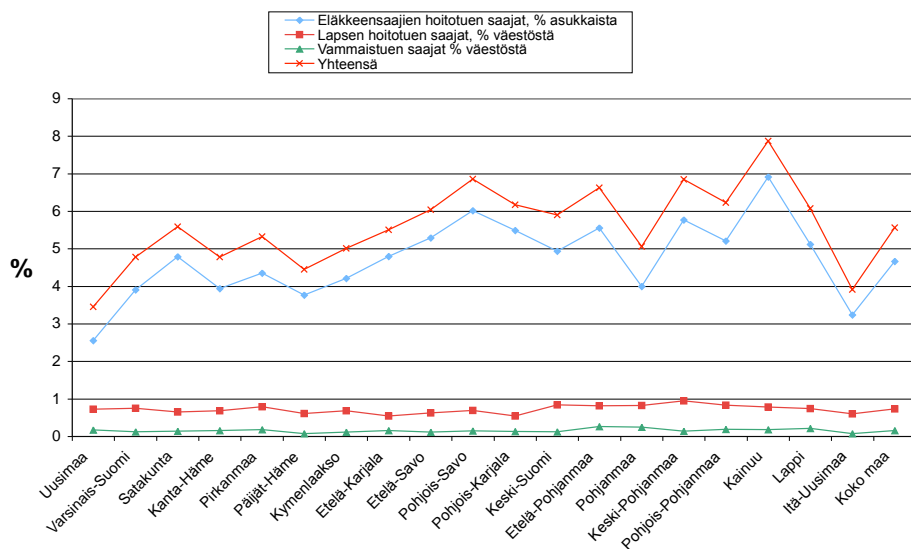
Sekä vammaispalvelulaki että kehitysvammalaki ovat toissijaisia. Palveluja järjestetään niiden perusteella vain siinä tapauksessa, että henkilö ei voi saada riittäviä ja hänelle sopivia palveluja muun lainsäädännön nojalla. Mutta, kun vammaispalvelulain nojalla myönnetään palveluja, vammaisia koskevat etuudet ovat ns. subjektiivisia oikeuksia. Esimerkiksi jos vanhuksen toimintakyky on siinä määrin heikentynyt, että hänet voidaan katsoa vaikeavammaiseksi, on hänellä oikeus vammaispalvelulain mukaisiin, subjektiivisena oikeutena myönnettäviin palveluihin.

Alla olevassa kuviossa 11 kuvataan eri vammaispalvelumuotojen volyymin kehitystä palvelujen käyttäjämäärillä vuosina 1990–2006. Vammaispalvelulain mukaiset palvelut ovat lisääntyneet koko ajan (Rautavaara ym. 2007). Vammaispalvelujen käyttäjiä on noin 100 000 henkilöä, joista kuljetuspalveluja käytti 80 % ja tulkkipalveluja 3,5 %. Asunnon muutostöitä tehtiin 5 % ja palveluasuminen oli järjestetty 2,6 % vammaispalvelujen käyttäjistä. Kehitysvammapalveluja käyttää noin 27 000 henkilöä. Vammaispalvelujen käytön jakautuminen eri palveluihin vaihtelee kunnittain. Esimerkiksi kuljetuspalveluiden käyttö vaihtelee sen mukaan onko vanhukselle määrätty kuljetuspalvelua vammaispalvelulain puitteissa vai sosiaalihuoltolain puitteissa. Esimerkiksi kuudessa suurimmassa kaupungissa tämä suhde on 27 000 / 5 000. Yksikkökustannuksiltaan kallein hoitomuoto on palveluasuminen. Kuudessa suurimmassa kaupungissa sen keskimääräiset kustannukset olivat 36 000 euroa asiakasta kohti vuodessa. (Kumpulainen 2008) Selkeintä palvelujen kasvu on ollut kuljetuspalveluissa, vammaisten palveluasumisessa ja henkilökohtaisen avustajan osalta. Vammaislaitosasiakkaiden siirtyminen avopuolelle näkyy palveluasumisen kasvuna. Tämä näkyy osittain myös henkilökohtaisen avustajatoiminnan kasvuna. Henkilökohtaisten avustajien määrä tulee edelleen kasvamaan uuden lain myötä vuonna 2009.



Kuvio 11. Vammaispalvelulain mukaiset palvelut ja niiden asiakkasmäärien kehitys vuosina 1990–2006.

Suomessa noin viidellä prosentilla väestöstä on jokin merkittävää haittaa aiheuttava vamma tai sairaus. Kela korvaa sairaudesta tai vammaisuudesta syntyviä erityiskustannuksia tai hoidosta ja avusta aiheutuvia kustannuksia. Erityiskustannuksia ovat sellaiset sairaudesta johtuvat erityiset kustannukset, joita ei korvata sairausvakuutuksesta (esim. lääkkeiden omavastuuosuudet). Korvausryhmiä ovat lasten hoitotuet (alle 18-vuotiaille), vammaistuet (18–64-vuotiaille) ja eläkkeensaajien hoitotuet (vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevat). Lapsen vamman johdosta maksettava lapsen hoitotuki on korvaus niistä kustannuksista, jotka aiheutuvat lapsen sairaudesta tai vammaisuudesta. Sekä vammaistuki että eläkkeensaajien hoitotuki sisältävät myös erityiskustannusten korvausta. Tukien suuruus ei kata kuitenkaan kaikkia hoivasta tai avusta syntyviä kustannuksia erityisesti, kun henkilö on niiden tarpeessa jatkuvasti. Vammaistukien saajien suhteellinen osuus väestöstä vaihtelee maakunnittain selvästi (Kuvio 12). Kuten kuvasta nähdään, Kelan vammaisetuksia saavista eläkkeen saajien hoitotuen saajat ovat selvästi suurin ryhmä, lähes 200 000 henkeä vuonna 2006. Vammaistuen saajia on noin 30 000 ja lapsen hoitotuen saajia noin 40 000. Laitoksissa vammaisia on noin 2500.



Kuvio 12. Kelan vammaisetuksien saajat tukiryhmittäin 2006.

Vammaisille suunnatut palvelut ja niiden kustannukset ovat nousseet selvästi 2000-luvulla (ks. kuvio 4). Tämä johtuu osittain uusista diagnooseista, mutta myös väestön vanhenemisesta. Väestön vanheneminen on vaikuttanut erityisesti vammaisille tarkoitettujen kuljetuspalvelujen kasvuun. Toinen syy kuljetuspalveluiden kasvuun on maantieteellinen. Itä- ja Pohjois-Suomessa, missä väestörakenne erityisesti vanhenee, myös etäisyydet ovat pitkät.

Vammaisten palveluiden järjestäminen ja kustannukset jakautuvat eri hallinnon aloille, joista merkittävin on sosiaali- ja terveydenhuolto. Muita vammaispalveluiden järjestämistahoja ovat opetustoimi ja kuntoutus- ja työvoimapalvelut. Karkean arvion mukaan vammaispalvelulain ja kehitysvammalain mukaisten palveluiden vuotuiset kustannukset ovat 700 - 800 miljoonaa euroa (Paara 2005). Näiden kustannusten tarkka arviointi on kuitenkin vaikeaa, koska kuntien oma ja yksityisten tahojen tuottama kehitysvammaisten erityishoito ei ole tarkkaan tiedossa. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen osuus näistä kustannuksista oli vuonna 2006 noin 250 milj. euroa ja vammaisten laitoshoidon 180 milj. euroa. Yksikkökustannuksiltaan suurimmat vammaispalvelut ovat vammaisten laitoshoidon, jonka keskimääräiset kustannukset vuonna 2006 olivat laitoshoidossa ollutta kohti noin 70 000 euroa vuodessa ja palveluasunnoissa noin 36 000 euroa vuodessa. Lisäksi palveluasumisen piirissä oleva vammaisen saa usein myös muita palveluita, kuten henkilökohtaista avustusta.

Vammaispalvelulaki sisältää vammaisten (vanhusten) kuljetuspalvelut, vammaisten tulkkipalvelut, palveluasumisen, henkilökohtaisen avustajatoiminnan, asunnon muutostyöt ja päivittäistä toimintaa avustavat välineet. Näistä palveluis-

ta käyttäjämäärältään selvästi suurin ryhmä on kuljetuspalvelut, joiden asiakkaita oli vuonna 2006 yli 80 000. Kuljetuspalveluiden kustannukset vastaavat noin puolia kaikista vammaispalveluista, joten ne ovat myös kustannuksiltaan suurin vammaispalveluryhmä (Paara 2005). Kuljetuspalveluiden asiakkaista lähes 70 % on yli 65-vuotiaita.

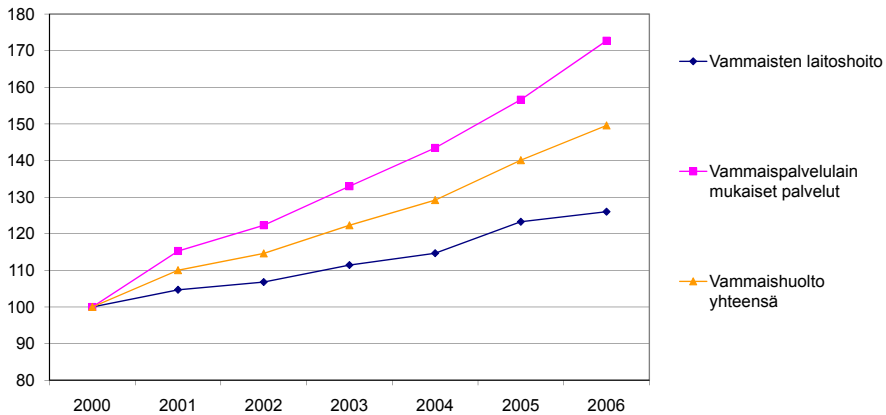
Kehitysvammalaki (988/1977) määrittelee kehitysvammaisille suunnattuja erityispalveluita. Suomessa on arviolta 30 000 kehitysvammaista henkilöä joista noin 20 000 saa erityishuollon palveluita (Paara 2005). Kehitysvammaisten erityispalveluihin kuuluvat asumispalvelut, työ- ja päivätoiminta, laitoshoido ja muut erityispalvelut. Kehitysvammaisten perheillä on edelleen tärkeä asema vammaisten hoidossa. Noin 40 % kehitysvammaisista asuu vanhempiensa kanssa.

Kehitysvammaisten laitoshoidoa pyritty vähentämään viime vuosina ja vammaisia on siirretty tuetun asumisen piiriin. Laajimmillaan 1970 luvulla kehitysvammaisten laitoshoidossa oli jopa 10 000 henkeä. Vuonna 2006 tämä on laskenut 2 500 henkilöön, joka tarkoittaa noin yhtä laitosasukasta 2000 asukasta kohti. Kunnallisesti tarkasteltuna on siis selvää, että kaikissa Suomen kunnissa ei ole kehitysvammaisia laitosisiakkaita. Laitosisiakkuuden kustannukset olivat vuonna 2006 yhteensä 176 milj. euroa, mikä tarkoittaa 190 euroa per hoitopäivä ja lähes 70 000 euroa asiakasta kohti vuodessa.

Kehitysvammaisten asumispalveluihin kuuluvat autettu asuminen, ohjattu asuminen, tukiasunnot ja perhehoito. Autetun asumisen eli ympärivuorokautisesti valvotun asumisen paikat ovat lisääntyneet viime vuosina. Myös ohjatun asumisen paikat ovat lisääntyneet. Sen sijaan tukiasuntojen ja perhehoidon asiakkaat ovat vähentyneet viime vuosina. Yhteensä kehitysvammaisten asumispalveluissa on noin 9000 henkilöä. Näistä palveluista ei kuitenkaan ole saatavilla yksityiskohdaisia kustannustietoja, joten kustannuksiin perustuvaa tarkempaa analyysiä ei tässä kohtaa voida suorittaa.

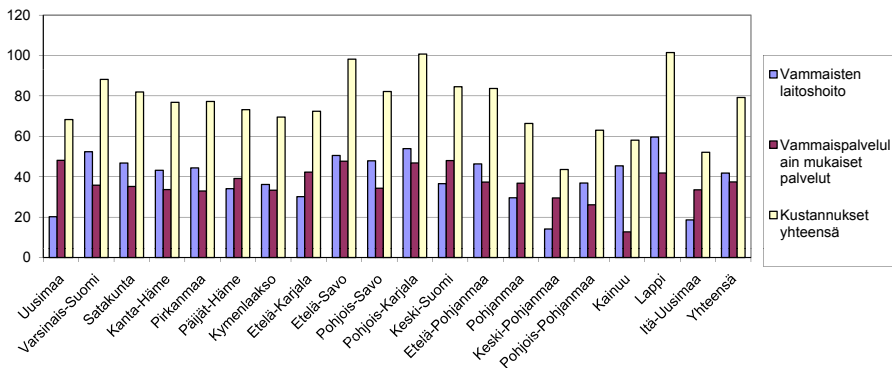
Kehitysvammaisten työ- ja päivätoiminta on kasvanut viime vuosina. Vuonna 2005 toiminnan piirissä oli 12 000 henkeä. Tämä luku pitää sisällään kehitysvammaisten lisäksi myös mielenterveyskuntoutujia ja muita erityisryhmiä. Tämän toiminnan kustannukset vuonna 2001 olivat 106 miljoonaa euroa. Näistäkään palveluista ei ole uudempia eriteltyjä kustannustietoja.

Vammaisten laitoshoidoa on pyritty karsimaan viime vuosina ja laitoshoidon asiakkaita on siirtynyt autetun ja ohjatun asumisen piiriin. Tämä ei kuitenkaan näy suoraan kustannuksissa, jotka ovat laitoshoidon osalta nousseet yli 25 % (Kuvio 13). Vammaispalvelulain mukaisten avopalveluiden kustannukset ovat kasvaneet vielä enemmän, yli 70 % vuosien 2000 – 2006 välillä.



Kuvio 13. Vammaispalveluiden ja laitoshoidon kustannusten reaalin kehitys, 2000=100.

Kuviosta 14 nähdään miten vammaishoidon kokonaiskustannukset (vammaispalvelulain mukaiset palvelut + vammaisten laitoshoidon) vaihtelevat maakunnittain. Suurella osalla maakunnista laitoshoidon aiheuttaa suuremmat kustannukset kuin avopalvelut. Toisaalta esimerkiksi Uudellamaalla laitoshoidon vastaa ainoastaan kolmasosa kokonaiskustannuksista. Suurimmat kokonaiskustannukset löytyvät Lapista, Pohjois-Karjalasta ja Etelä-Savosta, joissa kustannukset ovat noin 100 euroa asukasta kohti.



Kuvio 14. Vammaisten laitoshoidon ja avopalveluiden kustannukset maakunnittain vuonna 2006, euroa / asukas.

Vammaisten henkilöiden seuranta haittaa myös kunnan päätösvaltaa. Tämä käy ilmi erityisesti kuljetuspalveluissa. Vanhuksille suunnattuja kuljetuspalveluita voi-

daan toteuttaa sosiaalihuoltolain nojalla tai vammaispalvelulain nojalla. Kuusikkokuntien raportin mukaan tämä vaihtelee suuresti (Kumpulainen 2008). Tämä voi osaltaan luoda harhaa, että toisessa kunnassa olisi enemmän vammaisia koska niiden vammaispalvelumenot ovat suuremmat.

Vammaispalvelulakia ollaan uudistamassa vuonna 2008 niin, että laki astuisi voimaan vuoden 2009 syksyllä. Uuden lain tarkoituksena on lisätä vammaisten henkilökohtaisen avustajatoiminnan määrää ja tehdä siitä subjektiivinen oikeus. Samalla olisi tarkoitus lisätä avustajatoiminnan tunteja koskemaan myös vapaa-aikaa ja töitä. Tällä tulee olemaan selviä kustannuksia lisääviä vaikutuksia. Vaikutuksen suuruudesta liikkuu vielä tällä hetkellä eriäviä arvioita ministeriön ja kuntien välillä (HS 18.8.2008).¹¹ Lain olisi tarkoitus tulla voimaan porrastetusti niin, että vaikeimmin vammaiset pääsisivät lain piiriin ensin. Henkilökohtaisen avustajatoiminnan lisääminen lisää myös työvoiman tarvetta. Näin ollen lain vaikutukset tulevat näkymään sosiaalimenojen lisäksi myös panostuksena vammaispalveluhenkilöstön rekrytointiin ja koulutukseen.

2.4 Toimeentulotuki ja sosiaalityö

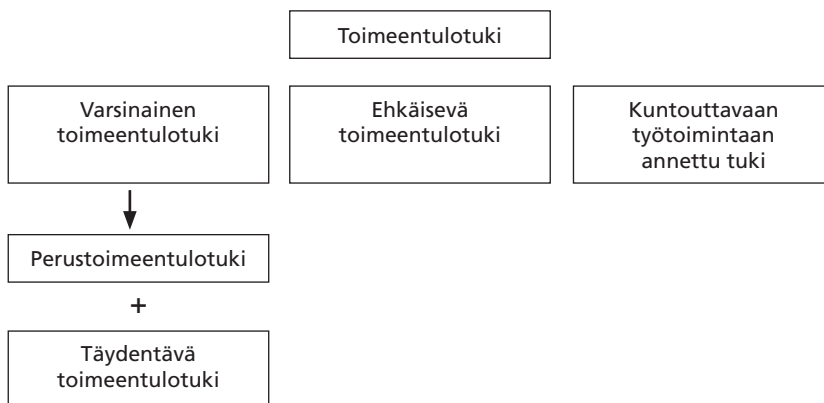
Sosiaalipalveluprosessin ytimenä voidaan pitää sosiaalityön kokonaisuutta. Se pitää sisällään paitsi rahallista tukemista (toimeentulotuki), myös ongelmien kartoittamista, ratkaisujen pohdintaa, neuvontaa ja tukemista. Näin ollen sosiaalityötä tarkastellaan tässä tutkimuksessa kokonaisuutena, jonka aiheuttamia kustannuksia arvioidaan toimeentulotuen ja muun sosiaalityön summana. Sosiaalityötä tehdään osana sosiaali- ja terveystalvveluja. Työ kohdentuu erityisesti lapsiin, nuoriin ja heidän perheisiinsä, päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviin sekä vanhuksiin ja vammaisiin. Sosiaalityön palveluja on saatavilla sosiaalihuollon avo- ja laitoshoidon palveluissa sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avohuollossa ja laitoshoidon yhteydessä. Sosiaalityöntekijä on tavoitettavissa yleensä kunnan sosiaalitoimistossa ja kuntakoosta riippuen myös sosiaalitoimen aluetoimipisteissä, sosiaalihuollon erityistoimipisteissä sekä kouluissa. (www.stm.fi)

Rahallisesti merkittävimpänä osana sosiaalityötä on toimeentulotuki. Toimeentulotuen saaminen on subjektiivinen oikeus ja se on viimesijainen toimeentulon muoto tilanteissa, joissa henkilön tai perheen tulot ja varat eivät riitä välttämättömiin jokapäiväisiin menoihin. Toimeentulotuen avulla turvataan vähintään perustuslaissa tarkoitettu välttämätön toimeentulo sekä edistetään henkilön tai perheen itsenäistä selviytymistä. Kunnilla on mahdollisuus myöntää myös ehkäisevää toimeentulotukea päättämiensä perusteiden mukaisesti. Ehkäisevän toimeentulotuen tarkoituksena on edistää sosiaalista turvallisuutta ja omatoimista suoriut-

¹¹ Arviot uuden Vammaispalvelulain kustannuksista tarkentuvat kun hallituksen esitys valmistuu syksyllä 2008.

tumista sekä ehkäistä syrjäytymistä ja pitkäaikaista riippuvuutta toimeentulotuesta (STM, Toimeentulotuki 2007).

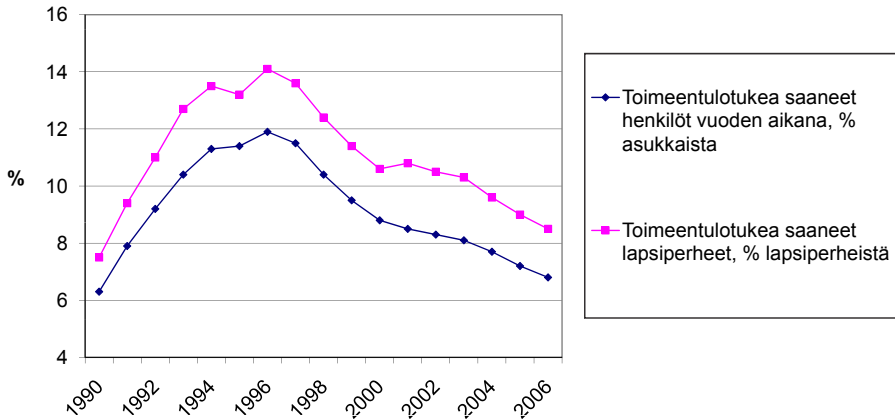
Toimeentulotuki jakautuu kolmeen osaan: varsinaiseen toimeentulotukeen, ehkäisevään toimeentulotukeen ja kuntouttavaan työtoimintaan annettuun tukeen. Varsinainen toimeentulotuki jaetaan lisäksi perustoimeentulotukeen ja täydentävään toimeentulotukeen (kuvio 15). Toimeentulon myöntäminen riippuu hakijan tuloista, varallisuudesta ja menoista. Perustoimeentulotuki sisältää jokapäiväiset menot kattavan perusosan lisäksi muut perusmenot, johon sisältyvät terveydenhuoltomenot ja jokapäiväiseen asumiseen liittyvät menot. Perustoimeentulotuki on irrotettu sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmästä. Kunta ja valtio osallistuvat perustoimeentulotuen toteutuneiden kustannusten rahoitukseen yhtä suurin osuuksin. Sen sijaan täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen kustannuksiin valtio osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän kautta. Ottaen huomioon tuen aseman viimesijaisena etuutena, odotusajat tuen saamiseksi ovat olleet Stakesin julkaiseman selvityksen mukaan uusien asiakkaiden osalta paikoitellen pitkiä, mutta uuden lain¹² voimaantulon jälkeen lyhenevässä (Viljanen ym.2008). Tutkimusten mukaan puutteita sisältyy myös käytäntöihin, joissa sääntelyyn sisältyviä tuen alentamisen ylärajoja sovelletaan normeina harkintaa käyttämättä. Lakiuudistus, jolla tuki jaettiin perusosaan, muihin perusmenoihin ja täydentävään toimeentulotukeen saattaa johtaa käytäntöihin, joissa täydentävän toimeentulotuen myöntäminen on vähäistä (ks. Kuusikkokuntien raportti, 2007). Ehkäisevän toimeentulotuen myöntäminen on kokonaan kunnan harkinnassa.



Kuvio 15. Toimeentulotuen kokonaisuus.

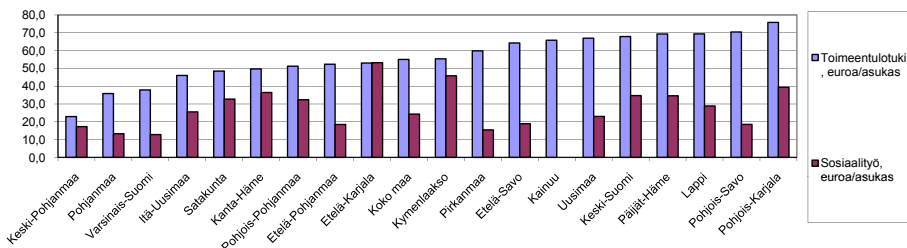
¹² Uuden lain mukaan toimeentulotukipäätös on tehtävä tai lisäselvityksiä pyydettyä seitsemän arkipäivän kuluessa hakemuksen jättämisestä. (ks. HE 119/2007).

Toimeentulotukiasiakkaiden määrä seuraa yleistä taloudellista kehitystä. 1990-luvun laman aikaan toimeentulotuen asiakkaita oli jopa 12 prosenttia väestöstä. 2000-luvulla toimeentulotukea saaneiden osuus on laskenut tasaisesti ja oli vuonna 2006 noin 7 prosenttia (Kuvio 16). Toimeentulotukea myönnettiin 226 617 kotitaloudelle ja 358 369 henkilölle vuonna 2006. Kotitaloudet saivat toimeentulotukea keskimäärin 5,6 kuukautta. Pitkäaikaisesti tukea saaneiden (10–12 kuukautena vuodessa) kotitalouksien osuus kaikista toimeentulotukea saaneista talouksista oli neljännes.(Stakes 2008).



Kuvio 16. Toimeentulotuen saajien määrän kehitys.

Vaikka toimeentulotukiasiakkaiden määrä on laskenut 2000-luvulla selvästi, ovat alueelliset erot edelleen suuret. Kuviossa 17 on esitetty toimeentulotukimenoja maakunnittain. Toimeentulotukimenot ovat korkeimmat alueilla, joissa työttömyys on yleisintä (Itä-Suomi ja Lappi) ja toisaalta alueilla, joissa asumiskustannukset ovat korkeat (suuret kaupungit). Väliin jäävillä alueilla toimeentulotukimenot ovat jopa kolme kertaa alaisemmat kuin kalleimmilla alueilla. Sosiaalityömenot vaihtelevat maakunnittain paljon.



Kuvio 17. Toimeentulotuki- ja sosiaalityömenot maakunnittain vuonna 2006.

Toimeentulotuen ja työmarkkinatuen uusi rahoitusmalli tuli voimaan vuoden 2006 alusta. Sillä pyrittiin lisäämään työmarkkinatuen saajien aktivoitumista ja tyrehdyttämään ajautumisen pitkäaikaiseen työttömyyteen. Aiemmin kunta vastasi toimeentulotukimenoista¹³ ja valtio työmarkkinatuesta. Uuden järjestelmän mukaan kunta osallistuu yli 500 päivää passiivista työmarkkinatukea saaneiden kustannusten rahoittamiseen 50 % verran. Vastaavasti valtio rahoittaa 50 % perustoimeentulotuen menoista. Näin ollen kunnille on edullista kannustaa työmarkkinatuella elävät aktiivituen pariin.

Tämä uudistus merkitsi kuntien rahoitusaseman parantumista. Vuonna 2006 työmarkkinatuen passiivimenot olivat 384 milj. euroa ja toimeentulotukimenot 395 milj. euroa. Alueelliset erot olivat kuitenkin suuret, mikä näkyy myös ennen kompensatiota laskettuina nettohyötyinä.¹⁴ (Tuomaala 2007) Nämä tiedot perustuvat ensimmäisen uudistuksen jälkeisen vuoden tietoihin. On selvää, että tarkempaan analyysiin rahoitusmallin aikaansaamista muutoksista päästään vasta muutamana vuoden päästä.

Kuten tämän luvun alussa mainittiin, jakautuu sosiaalityö monelle eri alueelle. Tämä vaikeuttaa myös sosiaalityön eriyttämistä muista palveluista. Usein puhutaankin aikuissosiaalityöstä, lastensuojelun sosiaalityöstä ja vammaissosiaalityöstä kun viitataan sosiaalityön kokonaisuuteen. Sosiaalityön kirjaaminen eri menoluokkiin vaihtelee kunnittain, mikä hankaloittaa tilastointia ja seurantaa. Tässä tutkimuksessa sosiaalityön arvoksi on arvioitu noin 180 milj. euroa. (Kuvio 3)

¹³ Valtio korvasi tästä valtionosuusprosentin mukaisen osan.

¹⁴ Tietoja uudistuksen tavoitteista ja kuntien kompensatioista ks. HE (164/2005).

3 Sosiaalihuolto kuntien valtionosuusjärjestelmässä

Kuntien saamasta valtionosuudesta on säädetty valtionosuuslaissa.¹⁵ Valtionosuuslaki määrittelee kuntien yleisen valtionosuuden, tehtäväkohtaisen valtionosuuden ja rahoitusavustusten määräytymisperusteet ja valtionosuuden kohteena olevat toimet. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkohtaisesta valtionosuudesta ja sen määräytymisestä on säädetty erillisessä laissa.¹⁶ Tämä laki määrittelee erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden laskennalliset määräytymisperusteet.

Nykyisen valtionosuusjärjestelmän perusajatus on, että kunnille kompensoidaan palvelutarve- ja olosuhdetekijöistä aiheutuvia eroja. Tämä tapahtuu yksikköhinnoilla ja laskennallisilla kustannuksilla, joita osoitetaan eri hallinnon aloille. Verotuloihin perustuvalla valtionosuuden tasauksella puolestaan tasoitetaan kuntien tuloeroja. Kunnan tasasuuruksilla omarahoitusosuuksilla tasoitetaan kuntien menoissa olevia eroja.¹⁷

Hallituksen esityksessä (88/2005) kuntien valtionosuuden uudistamiseksi asetettiin tavoitteeksi neljä kohtaa: palveluiden kestävä rahoitus, poistaa kuntien välisen yhteistyön rakenteelliset esteet, lisätä kunnallisten peruspalveluiden taloudellisuutta ja tuottavuutta ja lisätä valtionosuusjärjestelmän ennakoitavuutta ja selkeyttä.

Vuoden 2006 alusta sosiaalihuollon valtionosuuden laskennallisten kustannusten määräytymisperusteina on käytetty vammaiskerrointa ja lastensuojelukerrointa. Näillä uusilla kertoimilla pyrittiin säilyttämään vanhan mallin yksinkertaisuus, mutta lisäämään mahdollisuutta huomioida kuntakohtaiset erot palvelutarpeissa ja korkeissa kustannuksissa. Tämä merkitsi samalla lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmästä luopumista, joka oli ollut voimassa keväästä 1999.

3.1 Nykyisten sosiaalihuollon valtionosuuskriteereiden arviointi

Nykyisin sovellettava kuntien sosiaalihuollon valtionosuus perustuu kaavaan, joka sisältää tarvekriteerit, olosuhdekriteerit ja kriteerien mukaiset laskennalliset kus-

¹⁵ Kuntien valtionosuuslaki (1147/1996).

¹⁶ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992).

¹⁷ ks. esim. HE (88/2005)

tannukset. Sosiaalihuollon valtionosuuden perusteena oleva laskennallinen kaava on seuraava¹⁸:

$$\left[\left(g_1 w_i n_{i1} + \sum_{j=2}^4 g_j n_{ij} \right) + (u n_i \times c_1) + \left(\frac{u r_i}{u r} \times c_2 \times n_i \right) + (n_i \times c_3 \times f_{1i}) + (n_i \times c_4 \times f_{2i}) \right] * (1 + S)$$

jossa muuttujina ovat:

- g_1 = 0–6-vuotiaiden valtionosuusperuste
- w_i = päivähoitokerroin kunnalle i , (palvelu- ja jalostustoimialojen työvoimaosuus kunnassa suhteutettuna koko maan vastaavaan)
- n_{i1} = 0–6-vuotiaiden lukumäärä kunnassa
- g_j = muiden kuin 0–6-vuotiaiden valtionosuusperusteet
- n_j = muiden kuin 0–6-vuotiaiden henkilöluku kunnassa
- u_i = työttömien lukumäärä kunnassa i
- c_1 = työttömien lukumäärän valtionosuusperuste
- u_i = kunnan työttömyysaste
- u = koko maan työttömyysaste
- c_2 = työttömyysasteen valtionosuusperuste
- n_i = kunnan asukasluku
- c_3 = lastensuojelun laskennallinen kustannus
- f_{1i} = lastensuojelukerroin
- c_4 = vammaisuuden laskennallinen kustannus
- f_{2i} = vammaiskerroin
- S = syrjäisyyden perusteella annettava korotus (yhteensä 70 kunnalle, jolloin korotus prosentit ovat 5, 8, 10 tai 17 prosenttia)

Tätä laskentakaavaa sovelletaan koko sosiaalihuollon osalta. Nykyisten kriteerien arviointi ja soveltuvuus kohdistuu tässä raportissa vain tutkimuksessa mukana oleviin sosiaalipalveluihin, jolloin mm. pienten lasten hoito ja vanhustenhuolto on rajattu tarkastelun ulkopuolelle. Menettely ei ole ongelmaton, koska laskentakaavan sovellusalue käsittää kaikki kuntien sosiaalihuollon piiriin kuuluvat palvelut.

Kaavassa esiintyvien sosiaalipalveluiden laskennalliset kustannukset vuonna 2008 ovat:¹⁹

- Työttömyyden mukainen (euromäärä/työtön) 525,26 €
- Työttömyysasteen mukainen 47,91 €
- Vaikeasti vammaisten mukainen 14,28 €
- Lasten huostaanottojen mukainen 40,36 €

18 Käytössä olevaa valtionosuusjärjestelmää ovat tarkastelleet Lehtonen & Moisio (2007).

19 Kuntaliitto: Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus 2008.

3.1.1 Yleisesti

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien jakamisen yhtenä keskeisimmistä tavoitteista on taata kunnille yhtäläiset mahdollisuudet järjestää tarvetta vastaavia palveluja. Valtionosuuksien määräytymisperusteiden tulisi tasoittaa kuntien välisiä kustannuseroja, jotka ilmenevät eroavuuksina palvelun tarpeessa sekä palvelujen järjestämisolosuhteissa.

Sosiaalihuollon nykyisen valtionosuuden laskennallisen kaavan toimivuutta testattiin yksinkertaisella tilastollisella mallilla käyttäen sosiaalimenoja selittävinä muuttujina nykyisiä määräytymiskriteerejä (Taulukko 3). Sosiaalihuollon valtionosuuskriteereinä ovat kunnan työttömyysaste ja työttömien määrä, huostaan otettujen lasten osuus väestöstä suhteutettuna koko maan vastaavaan, vammaiseturkissa saaneiden ja vammaislaitosasiakkaiden osuus väestöstä suhteutettuna koko maahan sekä eri ikäryhmiin kuuluvien määrät seuraavasti²⁰:

- 0–6-vuotiaat (5 931,23 € / asukas)
- 7–64-vuotiaat (291,63 € / asukas)
- 65–74-vuotiaat (781,55 € / asukas)
- 75–84-vuotiaat (4 712,66 € / asukas)
- yli 85-vuotiaat (13 129,18 € / asukas)

Nämä ikäryhmäpainotukset ovat tosin kohdistettu, vaikkakaan ei suoranaisesti, tämän tarkastelun ulkopuolelle jääviin palveluihin (pienien lasten hoitoon ja vanhustenhuoltoon), joten näiden ikäryhmien vaikutus muiden sosiaalipalvelujen käyttömenojen vaihtelujen selittäjinä saattaa olla vähäinen.

Ikäryhmittelyn vuoksi testattiin kahta erilaista mallia, joista toisessa (Malli 1) mukaan selittäviksi muuttujiksi otettiin ikäryhmät sekä muut valtionosuuskriteerit kun taas toisessa (Malli 2) ikäryhmiä ei sisällytetty malliin. Vuoden 2006 lakimuutosten vaikutuksia kontrolloidaan kyseistä vuotta osoittavalla indikaattorimuuttujalla (joka saa arvon 0 vuonna 2005 ja 1 vuonna 2006). Vuoden 2006 alusta perustoimeentulotuen rahoitukseen tuli lakimuutos, joka muutti kuntien ja valtion kustannusosuuksia menoperusteisiksi. Lisäksi valtionosuuksien laskentakavassa otettiin käyttöön edellä mainitut lastensuojelukerroin ja vammaiskerroin korvaamaan aikaisemmin voimassa olleita suurten kustannusten tasausjärjestelmää. Estimointi on tehty kahden vuoden (2005–2006) yhdistetyllä poikkileikkausaineistolla PNS-menetelmällä ja tulokset esitetään alla olevassa taulukossa.

²⁰ Sosiaalihuollon valtionosuus 2008 (ilman tasauksia). Euromääräinen summa kerrotaan asukasluvulla ja 0–6 -vuotiaiden osuus kerrotaan vielä päivähoitokertoimella.

Taulukko 3. Kuntien sosiaalihuollon valtionosuuksien määräytymisperusteena käytettyjen muuttujien soveltaminen kuntien sosiaalihuollon asukaskohtaisten käyttömenojen vaihtelua selittävinä tekijöinä.

MUUTTUJA selitettävä muuttuja: Ln(sosiaalimenot yht./asukas)	MALLI 1 Kerroin (keskihajonta)	MALLI 2 Kerroin (keskihajonta)
Selittävät muuttujat:		
Vakio	7.29760*** (0.95136)	4.099112*** (0.19935)
Kunnan työttömyysaste	-0.04816** (0.01895)	-0.01708* (0.00830)
Työttömien määrä (ln)	0.52797*** (0.19880)	0.18920*** (0.02896)
Kelan hoitotukea saavien osuus	-0.04251* (0.02379)	-0.02700 (0.02118)
Huostaanottojen osuus (kertoimen muk.)	0.00147 (0.000943)	0.000384 (0.000349)
0-6-vuotiaita väestössä (ln)	0.42646** (0.16958)	-
7-64-vuotiaita väestössä (ln)	-1.26685*** (0.33329)	-
65-74-vuotiaita väestössä (ln)	0.62681** (0.27096)	-
75-84-vuotiaita väestössä (ln)	-0.10597 (0.19679)	-
yli 85-vuotiaita väestössä (ln)	-0.000142 (0.000139)	-
Kontrollimuuttuja lakimuutoksille 2006	0.22455*** (0.05408)	0.23050*** (0.05243)
Havaintoja	798	798
Selitysaste	0.1462	0.1286

Mallissa 1 ja 2 selitettävänä muuttujana ovat kunnan sosiaalihuollon käyttömenot logaritmisessa muodossa asukasta kohden (pois lukien päivähoito- ja vanhustenhuoltomenot). Mallien selitysasteet jäävät kaiken kaikkiaan alhaisiksi (noin 15 % ja 13 %). Kun asukkaiden ikäryhmittäinen jaottelu otetaan malliin mukaan (Malli 1), selitysaste nousee vain hieman. Sosiaalihuollon kustannusten vaihtelua kuntien välillä selittävät, vaikkakin hieman epäsystemaattisesti, eri ikäryhmiin kuuluvien henkilöiden määrä. Alle kouluikäisten lasten määrällä on merkitsevä kustannuksia korottava vaikutus (esim. lastenneuvola). Kouluikäisten, nuorten ja työikäisen väestön (7–64 v.) määrä on verrattuna muihin ikäryhmiin selkeästi sosiaalihuollon kokonaiskustannuksia pienentävä. Jos tähän ikäryhmään kuuluvien määrä kun-

nassa lisääntyisi kymmenellä prosentilla, pienentäisi se sosiaalihuollon asukaskoh-taisia käyttömenoja jopa 13 prosentilla. Eniten näitä menoja mallin tulosten mu-kaan nostavat ikäryhmään 65–74 kuuluvat, vaikka sovellettavien ikäryhmittäisten kriteerien laskennalliset perusteet kasvavat voimakkaasti tätä korkeimmissa ikä-ryhmissä. Estimoidun mallin kertoimet ikäluokissa 75–84 ja yli 85-vuotiaat eivät ole tilastollisesti nolasta poikkeavia, eli väestön kasvu näissä ikäryhmissä eivät se-littäisi menojen vaihtelua mitenkään. Osaltaan tämä selittyy sillä, että vanhusten-huollon kustannukset eivät sisälly selitettävänä muuttujana olevaan käyttömenoi-hin. Toisaalta kuitenkin monien tukipalvelujen, kuten kuljetus- ym. palvelujen, käyttäjät ovat pääosin vanhuksia ja näiden palveluiden kustannukset sisältyivät tarkasteluun.

Työttömien lukumäärä ja työttömyysaste näyttävät vaikuttavan vastakkaisiin suuntiin. Työttömyysasteen kasvulla näyttää olevan sosiaalihuollon menoja pie-nentävä vaikutus, mutta työttömien määrän kasvulla sitä vastoin menoja lisäävä vaikutus molemmissa malleissa. Työttömyyden mukainen laskennallinen valtion-osuus on 525,26 euroa työtöntä kohti, kun työttömyysasteen mukainen valtion-osuus on 47,91 euroa (vuonna 2008).

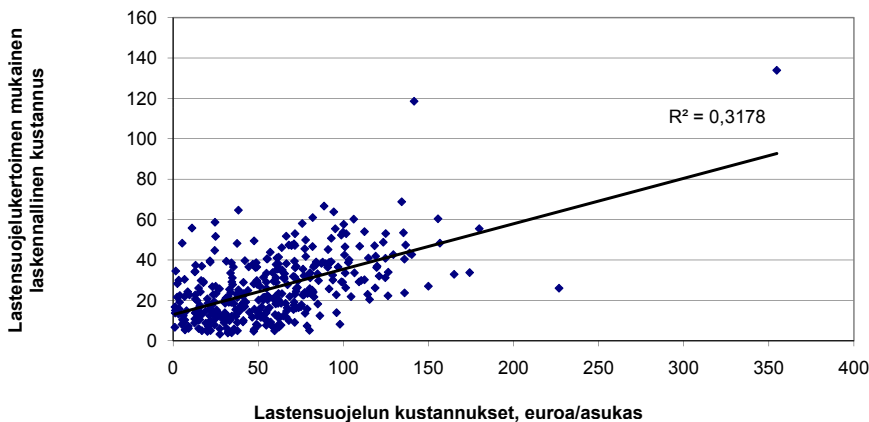
Kelan hoitotukea saavien osuuden kunnassa näyttäisi selittävän sosiaalihuol-lon käyttökustannusten vaihtelua kustannuksia pienentävästi Mallissa 1, mutta ei ole merkitsevä selittäjä enää Mallissa 2. Myöskään lasten huostaanottojen osuudel-la ei ole kummankaan mallin mukaan tilastollista vaikutusta kuntien asukaskoh-taisten menojen vaihteluun. Tämän tekijän selittävää vaikutusta tosin voi heiken-tää vielä vuonna 2005 käytössä ollut suurten kustannusten tasausjärjestelmä, joka koski juuri lastensuojelun korkeita kustannuksia.

Voimassa olevien sosiaalihuollon valtionosuuskriteerien arviointi yhtenä ko-konaisuutena pelkistetyllä selitysmallilla ei ole riittävä, etenkin kun menoista kak-si suurinta yksittäistä erää on poistettu. Esimerkiksi vanhimpien ikäryhmien kus-tannuksia kohottavaa vaikutusta ei saatu esille vanhusten iän mukaan kohoavina kustannuksina, vaikka tiedetään, että nykyisin sosiaalihuollon palvelut (esim. Lah-tinen, 2003) kohdistuvat entistä vanhempiin ja intensiivisempään hoitotarpeeseen. Se, ettei vanhimpien ikäryhmien vaikutus estimoidussa mallissa tullut esille tässä johtuu siitä, että vanhusten laitos- ja avohuolto on jätetty tämän tarkastelun ulko-puolelle, vain vammaispalvelujen kuljetus- ym. vanhuksillekin kohdistettavat pal-velut on mukana tarkasteltavissa sosiaalihuollon palvelumenoissa.

Seuraavassa tarkastellaan nykyisten valtionosuuskriteerien soveltumista tässä tutkimuksessa tarkasteltavina oleviin palveluihin erikseen.

3.1.2 Lastensuojelu

Vuodesta 2006 lähtien valtionosuuksien laskentakaava sisältää lastensuojelukertoi-
men, joka perustuu huostaan otettujen lasten osuuteen väestöstä²¹. Aikaisemmin
käytössä oli kuntien välinen suurten kustannusten tasausjärjestelmä, joka nimen-
sä mukaan tasoitti epätasaisesti jakautuneita korkeita lastensuojelun kustannuksia
kuntien välillä²². Koska valtionosuus kohdistetaan nimenomaisesti palvelun jo to-
teututtua, kompensoi kohdennettu valtionosuus jo lähtökohtaisesti ainakin osan
aiheutuneista todellisista kustannuksista. Tämä käy ilmi myös kuviosta 18, jossa on
esitetty lastensuojelukertoimen mukaisten laskennallisten kustannusten ja kunti-
en lastensuojelumenojen välinen yhteys vuonna 2006. Laskennalliset kustannukset
korreloivat, vaikkakin heikosti, toteutuneiden kustannusten kanssa.



Kuvio 18. Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannukset suhteessa lastensuojeluker-
toimen mukaiseen laskennalliseen kustannukseen (€/asukas).

21 Lastensuojelukertoimen määritelmä, ks. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja val-
tionosuudesta 733/1992.

22 Lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä oli voimassa 1.3.1999 – 31.12.2005. Jär-
jestelmän alueellisesta organisoinnista vastasivat erityishuoltopiirit. Tasaukseen oikeuttivat lastensuojelulain
mukaisten avo- ja sijaishuollon kustannukset toimenpiteistä ja palveluista, jotka oli kirjattu lapsen tai nuoren
huoltosuunnitelmaan. Kustannukset laskettiin perhekohtaisesti. Tasaukseen oikeuttivat perhekohtaiset kus-
tannukset, jotka vuoden (= 12 kk jakso) aikana ylittivät 25 000 euroa. Omavastuun ylittävistä kustannuksista
kunnalle korvattiin 70 %. Valtion budjetissa tasausjärjestelmään osoitettiin vuosittain kiinteä määräraha, jo-
ka oli 50 % arvioituista kustannuksista. Määräraha jaettiin erityishuoltopiireittäin siten, että perusteena oli
alle 21-vuotiaiden määrä ja tasaukorvausten määrä, joka maksettiin kunnille 2 vuotta aikaisemmin. Valtion
rahoitusosuus vähennettiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttötalouden valtionosuudesta. Erityis-
huoltopiirin sisällä kuntien keskinäinen rahoitusvastuu määräytyy alle 21-vuotiaan väestön suhteessa.

Kun tiedetään taustalla olevien ongelmien (ks. Kuvio 6) ja lastensuojelumenojen kiihtyvä kasvu sekä toisaalta valtionosuuden suhteellisen heikko kohdentuminen, voidaan kysyä, onko kustannusten kompensointi nykyisellä huostaanottojen osuuteen perustuvalla kertoimella toimiva. Kriittisesti tämän voi tulkita siten, että valtionosuudet jaetaan silloin, kun ongelmat ovat jo kärjistyneet. Näin ollen ennaltaehkäisevää ja hyvin toteutettua lapsiin kohdistuvaa sosiaalipolitiikkaa ei palkita eikä kuntia näin ollen kannusteta ennaltaehkäisevään toimintaan. Sen lisäksi nuorten ikäryhmää 7–17, joihin entistä useammin nämä lastensuojelutoimenpiteet kohdistuvat (ks. Kuvio 7), ei ole eksplisiittisesti huomioitu laskentakaavassa, vaan heidät on yhdistetty nykyisessä laskentakaavassa työikäisten ryhmään (7–64 v.). Avohuollon toimenpiteitä suhteessa huostaanottoihin tulisi tukea ja edistää voimakkaammin. Avohuollossa palveluja ei kuitenkaan ole huomioitu nykyisessä laskennallisessa mallissa. Avohuollon piirissä olleiden lasten ja nuorten osuus vastaavanikäisestä väestöstä on kasvanut vuosien 1998 – 2006 välillä kolmesta prosentista viiteen prosenttiin. Lastensuojelun avohuollon asiakkuudet ovat yleisempiä kaupungeissa kuin maaseudulla. Lastensuojelun käyttökustannukset ovat kuitenkin selkeästi korkeammat asukasta kohti kaikkein maaseutumaisimmissa kunnissa.

Lastensuojelun kustannukset ovat koko ajan kasvaneet, ja viime vuosina kiihtyvällä vauhdilla johtuen paitsi ongelmien kasvusta myös hoitopaikkojen niukkuudesta ja sijaisperheiden pulasta. 2000-luvulla lastensuojelun käyttömenot ovat kolminkertaistuneet, eivätkä valtionosuudet ole kasvaneet samassa suhteessa. Vuonna 2006 lastensuojelun perhe- ja laitoshoidon kustannukset olivat 443 miljoonaa euroa.

3.1.3 Päihdehuolto

Valtionosuuskriteereissä ei ole eksplisiittisesti huomioitu päihdehuoltoa, mutta jos katsotaan taustalla oleviin syihin, niin epäsuorasti tämä on huomioitu. Päihdeongelmien riskiä lisääviä tekijöitä ovat tutkimusten mukaan syrjäytyneisyys, työttömyys ja asunnottomuus. Nykyinen valtionosuuskriteeri kohdentaa apua työttömien määrään ja suhteelliseen osuuteen perustuen, ja sitä kautta sivuaa myös päihdeongelmien hoidosta aiheutuvia kustannuksia, sillä päihdehuollon asiakkaista noin kolmannes on työttömiä. Tämä ei kuitenkaan yksin riitä huomioimaan kasvavaa ongelmaa. Kuten muissakin sosiaalihuollon ongelmissa, myös päihdehuollossa mahdollisimman varhainen puuttuminen olisi myös kansantaloudellisesti järkevin vaihtoehto.

Alkoholin kulutus ja päihteiden käytön haittavaikutukset ovat lisääntyneet vuoden 2004 alkoholiveronalennuksen myötä (Mustonen ym. 2007). Veroalennus on näkynyt erityisesti suurkulutuksen lisääntymisenä, joka ajan myötä johtaa terveydellisiin ongelmiin ja on jo alkanut näkyä myös alkoholikuolemien lisääntymisenä. Kasvavat ongelmat näkyvät myös päihdehuollossa. Ongelmat eivät myöskään

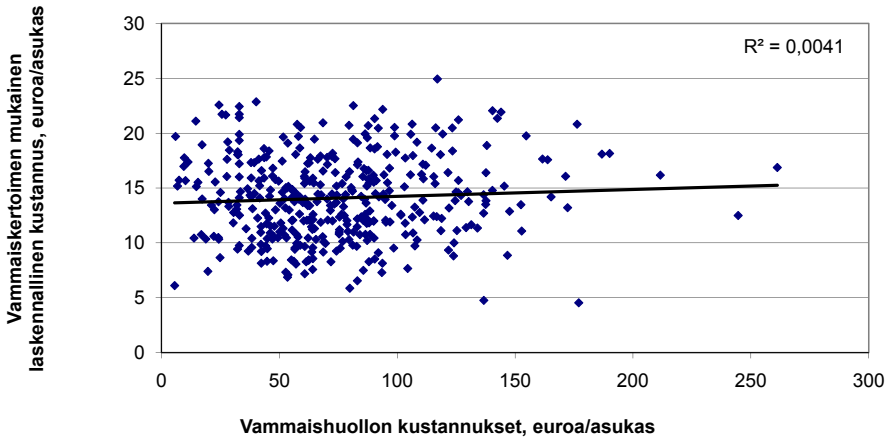
näytä vähenevän ajan myötä, sillä päihteiden ongelmakäyttäjien (erityisesti alkoholin) ikärakenne on vanhenemassa (Nuorvala ym. 2008). Vanhusten päihdeongelmat ovat yleistymässä ja tulevaisuudessa on varauduttava eläkkeelle siirtyvien runsaampaan alkoholin käyttöön. Viimesykyisen päihdetapauskannan mukaan 42 prosenttia päihdehuollon asiakkaista on eläkeläisiä (joukossa on myös työikäisiä eläkeläisiä).

Vaikka päihdehuoltolain nojalla myönnettävät palvelut kuuluvat erityislaeilta säädettyihin palveluihin, on kyseessä kuitenkin puitelaki, joka antaa viranomaisille suuren harkintavallan lain soveltamisessa. Palvelujen myöntäminen tapahtuu kunnissa talousarvioon varattujen määrärahojen ja palvelujen riittävyydelle asetettujen edellytysten asettamissa rajoissa. Monissa kunnissa päihdehuoltopalveluihin pääsyä säännöstellään ja priorisoidaan. Nykyisellä tasollaan kuntien päihdehuolto ei useinkaan kykene vastaamaan siihen kohdistuvaan kysyntään eikä ole riittävää ongelmien laajuuteen nähden.

3.1.4 Vammaispalvelut

Nykyinen valtionosuuksien laskentakaava sisältää vammaiskertoimen, jonka perusteella kunnat saavat valtionapua järjestämiinsä vammais- ja kehitysvammapalveluihin²³. Vammaispalvelukerros ei kuitenkaan välttämättä suoraan kohdennu todelliseen palvelujen käyttöön tai kustannuksiin, koska sen määräytymisperustana ovat Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien sekä vammaisuuden perusteella laitoshuollossa olevien henkilöiden osuus väestöstä. Kelan vammaisasetuudet eivät kuitenkaan ole ensisijainen tukimuoto saajille. Korvaus on tarkoitettu lähinnä kattamaan haitan suurempia hoitokuluja. Esimerkiksi suurin osa yksityisen tapaturma- tai liikennevahinkovakuutuksen kautta korvausta saavista ei kuulu etuuksien saajiin, vaikka ovat kuntien vammaispalvelujen käyttäjiä. Tämän lisäksi valtionosuuskriteeri ei myöskään erottele vammaisuuden astetta millään tavalla, se asettaa kaikki etuutta saavat samalle tasolle. Kelan myöntämät lasten hoitotuet, vammaistuet sekä eläkeläisten hoitotuet kukin on jaettu kolmeen vammaisuuden asteen mukaiseen korvausluokkaan. Kertoimessa nämä luokat on kuitenkin yhdistetty. Alla olevassa kuviossa 19 verrataan vammaishoidon kustannuksia kuntatasolla suhteessa valtionosuuden vammaiskertoimen mukaiseen valtionosuuteen. Kuviosta nähdään, etteivät vammaiskertoimen mukaiset vammaisuuden laskennalliset kustannukset korreloi vammaishoidon käyttömenojen kanssa.

²³ Vammaiskertoimen määritelmä, ks. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992.



Kuvio 19. Vammaishuollon käyttömenot asukasta kohti ja vammaiskertoimen mukainen laskennallinen kustannus.

Syy miksi valtionosuus ei kohdistu todellisiin kustannuksiin saattaa olla ensinnäkin siinä, että tällä kriteerillä jaettu valtionosuus kohdentuu erityisesti vanhusväestölle, koska yli 80 prosenttia Kelan vammaisetuuksia saavista on yli 65-vuotiaita. Toiseksi kustannuksista yli 40 % aiheutuu vammaisten laitoshoidosta. Vammaislaitosten asiakkaat sisältyvät vammaiskertoimeen, mutta ilman painotusta heidän osuutensa kertoimesta jää marginaaliseksi. Kohdentumisongelman vuoksi nykyinen valtionosuuskriteeri ei ole toimiva. Toisaalta kuitenkin on ollut vaikea kohdentaa valtionosuuksia paremmin, koska mitään vammaisrekisteriä ei ylläpidetä Suomessa.

Vammaispalvelulain mukaisten avopalvelujen järjestämisen yhteenlaskettu kustannus vuonna 2006 oli 245 miljoonaa euroa ja vammaisten ja kehitysvammaisten laitoshuollon nettomääräiset kustannukset olivat 176 miljoonaa euroa. Avopalvelujen asiakkaita (käyntejä) kunnissa on noin 100 000 henkilöä, kun taas laitoshoidossa olevien asiakkaiden määrä on noin 2 500. Asiakasta kohden avohuollon palvelujen keskimääräinen kustannus on siten 2 450 euroa vuodessa ja laitoshuollon osalta vastaava kustannus on keskimäärin 70 000 euroa. Laitoshuollon kustannukset kunnille ovat korkeat, eivätkä nämä kustannukset ole jakautuneet tasaisesti kuntien kesken (Kuvio 14 aiemmin ja Taulukko 4). Erityisesti pienillä paikkakunnilla tämä on merkittävä kustannuserä. Vuonna 2006 vammaisten laitoshoidon kustannukset olivat asukasta kohti tarkasteltuna pienimmät Uudenmaan kaupungeissa, alle 50 euroa asukasta kohti. Joillakin pienillä paikkakunnilla kustannukset kuitenkin nousivat yli 150 euroon asukasta kohti.

Taulukko 4. Vammaisten laitoshoidon kustannukset, euroa/ asukas, 2006.

Maakunta	keskiarvo	N	keskihajonta	Mediaani	Minimi	Maksimi
Uusimaa	20,2061	22	8,30602	18,9384	8,75	39,07
Varsinais-Suomi	52,3537	43	47,68941	40,7643	2,62	238,53
Satakunta	46,7644	22	34,95995	36,5760	6,55	154,02
Kanta-Häme	43,1638	16	25,64122	36,6982	14,37	109,99
Pirkanmaa	44,3459	27	21,30144	41,2702	9,50	112,43
Päijät-Häme	34,0567	11	15,51968	33,3116	11,04	66,02
Kymenlaakso	36,1786	12	17,17538	39,9695	2,77	56,45
Etelä-Karjala	30,1475	10	15,87737	29,6775	5,56	60,97
Etelä-Savo	50,5037	17	28,02088	40,9221	8,25	135,16
Pohjois-Savo	47,8667	23	27,97826	45,4171	4,17	102,04
Pohjois-Karjala	53,9111	16	22,15329	55,7803	11,64	93,14
Keski-Suomi	36,5697	24	32,46662	31,9832	2,51	136,71
Etelä-Pohjanmaa	46,3225	26	36,67356	36,0859	,31	176,74
Pohjanmaa	29,5769	14	28,35008	21,3486	2,01	101,89
Keski-Pohjanmaa	14,0991	7	15,28088	6,3534	1,53	43,42
Pohjois-Pohjanmaa	36,8889	38	31,82466	35,1320	2,05	166,33
Kainuu	45,4042	1	.	45,4042	45,40	45,40
Lappi	59,6388	21	31,00256	64,7189	13,82	109,67
Itä-Uusimaa	18,5992	9	14,58779	16,1801	,49	50,08
koko maa	41,8013	359	31,76640	36,3334	,31	238,53

Voimassa olevalla vammaisten ja kehitysvammaisten palveluja koskevalla lainsäädännöllä pyritään enenevässä määrin tukemaan siirtymistä laitospalveluista avopalvelutoimintaan, mikä on nähtävissä laitoshoidon asiakkaiden määrän tasaisena vähenemisenä (Taulukko 5).

Valtionosuuskriteereiden määrittämisessä vammaispalvelujen avopalvelut voitaisiin sisällyttää sosiaalihuollon muuhun toimintaan. Tätä ratkaisua puoltaa yhtäältä vammaispalvelulain toissijaisuus, eli vammaispalvelulain mukaisia palveluja ja etuuksia myönnetään vain siinä tapauksessa, että henkilö ei voi saada niitä muun lain nojalla (esim. vanhukset, mielenterveysongelmaiset ja kehitysvammaiset voivat päästä palvelujen piiriin, mikäli heidän voidaan katsoa täyttävän asianomaisen palvelun tai etuuden saamiseksi asetetut vammaisuuden kriteerit). Vammaispalveluilla pyritään turvaamaan tavanomaisista elämän toiminnoista suoriutuminen vamman tai sairauden vuoksi heikentyneestä toimintakyvystä huolimatta. Toisaalta myös se, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja etuuksien yhteydessä kunnilla itsellään on harkinta tuen ja palvelun tarpeen määrit-

ykseen ja siten motivaatio kustannusten hallintaan avopalvelujen suhteellisen osuuden kasvattamisen kautta.

Taulukko 5. Kehitysvammalaitosten asiakasmäärät ja hoitopäivät sekä käyttökustannukset ja -tuotot 2000-2006.

Koko maa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kehitysvammalaitoksissa asiakkaita 31.12., kunnan kustantamat palvelut (-2005)	2960	2865	2754	2728	2625	2515	2554
Kehitysvammalaitoksissa hoitopäiviä vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut (-2005)	1064533	1038049	1009004	979358	963014	931662	913751
Vammaishuollon laitospalveluiden käyttökustannukset yhteensä, 1000 euroa	139671	146225	149165	155650	160164	172158	176007
Vammaishuollon laitospalveluiden käyttötuotot yhteensä, 1000 euroa	3546	3618	3647	4598	4602	4067	4072

3.1.5 Sosiaalityö

Työttömät ovat sosiaalityön keskeinen asiakasryhmä. Työttömien määrä ja osuus väestöstä on nykyisessä valtionosuuden laskentakaavassa kompensoimassa työttömyydestä ja siihen liittyvistä ongelmista aiheutuvia kustannuksia kunnissa. Vuoden 2006 alusta voimaantullut työmarkkinatuen ja toimeentulotuen rahoitusvastuun uudistamien valtion ja kuntien kesken on muuttanut toimeentulotuen kustannusperusteiseksi samalla kun työmarkkinatuki on osittain siirretty kuntien vastuulle. Uuden järjestelyn tavoitteena on nostaa työllisyysastetta, turvata tulevaisuuden työvoimatarpeet ja alentaa korkeaa työttömyyttä sekä työttömyyden hoidosta syntyviä julkisia menoja. Nykyisin valtio korvaa puolet kuntien perustoimeentulotuen menoista ja kunnat vastaavasti ottavat vastuulleen puolet passiivisen työmarkkinatuen menoista. Koska työllistyminen on monien toimeentulotukea tarvitsevien ongelma, on perusteltua, että työmarkkinatuki ja toimeentulotuki ovat sidoksissa toisiinsa siten, että se luo myös kunnille motiivin kehittää työllisty-

misen ja aktivoinnin keinoja. Vuoden 2006 alusta voimaantulleen lain vaikutuksia ei vielä tunneta kaikilta osin.

Koska työmarkkinatuen ja toimeentulotuen rahoitusvastuun jakaminen valtion ja kuntien kesken on uudistettu ja tehty kustannusperusteiseksi, ei työttömyys pelkästään voi enää toimia laskennallisen valtionosuuskriteerin perusteena varsinaisen sosiaalityön osalta. Vaikka sosiaalityö on enenevässä määrin työllisyyden ja aktivoinnin edistämistä, myös muut ryhmät, kuten ulkomaalaistaustaiset, yksinhuoltajat ja eläkeläiset (eritoten tulevaisuudessa) ovat palvelun suurimpia käyttäjäryhmiä.

3.2 Aikaisemmat tutkimukset

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet on määrätty laskennallisin perustein jo vuoden 1993 uudistuksesta lähtien. Palvelutarve-erojen perusteella terveydenhuoltoon sovellettavien valtionosuuksien määräytymisperusteita on tutkittu aiemmin vuonna 1996 Stakesissa tehdyssä tutkimuksissa (Häkkinen ym. 1996). Samassa yhteydessä Valtonen (1996) tutki sosiaalihuollon kustannusten määräytymisperusteita kunnissa valtionosuuksien laskentaa varten. Tutkimus erotteli suurimmat menoryhmät (lastenpäivähoito ja kotihoidon tuki sekä vanhustenhoito) omiksi ryhmikseen. Muut tarkasteltavat ryhmät olivat toimeentulotuki ja muut sosiaalihuollon menot. Lastenpäivähoidon tarvekriteereiksi tutkimus ehdotti palvelualoilla toimivien osuutta ammatissa toimivista ja lasten kotihoidon kriteeriksi 0–2 -vuotiaiden määrän perusteella. Vanhustenhuollon osalta kriteereiksi ehdotettiin ikä- ja sukupuolipainotettuja kertoimia 65–74, 75–84 ja yli 85-vuotiaille.

Valtosen (1996) tutkimuksessa käytetty kuntatasoinen aineisto oli vuodelta 1993, jota voidaan pitää hyvin poikkeuksellisenä vuotena verrattuna esimerkiksi käsillä olevan tutkimuksen aineistoon. Tämä on varmasti heijastunut myös tutkimuksen tuloksiin erityisesti toimeentulotuen osalta. Toimeentulotuen kriteereiksi tutkimus ehdotti kunnan väkiluvun logaritmia ja työttömyysprosenttia. Muiden sosiaalihuollon menojen kriteerinä tulisi tutkimuksen mukaan käyttää kunnan väkilukua. Kaiken kaikkiaan tutkimuksessa ehdotettu sosiaalihuollon malli oli hyvin pelkistetty.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteereiden määräytymisperusteita tutkittiin viimeksi vuoden 2000 selvityksessä (Häkkinen ym. 2000). Sosiaalipalvelujen osalta tutkimuksessa käsiteltiin pienten lasten hoitoa, toimeentulotukea, lastensuojelua ja vammaispalveluita. Tarvekriteerit saatiin muodostettua kuntien menoja selittävän regressiomallin avulla pienten lasten hoidolle ja toimeentulotuelle. Toimeentulotuen tärkeimmät tarvekriteerit olivat tutkimuksen mukaan työttömyys, elinkeinorakenne, väkiluku ja yksinhuoltajien osuus. Muiden sosiaalipalveluiden osalta ei päästy toivottuihin analyysiin aineisto-ongelmien takia.

Lastensuojelun osalta tarvekriteereinä päädyttiin ehdottamaan samoja kriteereitä kuin toimeentulotuessa.

Klavus ym. (2001) selvittivät sosiaali- terveydenhuollon olosuhdetekijöitä. Tutkimus selvitti kunnittaisia olosuhdetekijöitä ja vertaili niitä sen hetkisiin valtionosuuskriteereihin. Sosiaalipalveluista tarkastelun kohteina olivat lasten päivähoito, toimeentulotuki, vammaispalvelut ja kotipalvelut. Tutkimus osoitti, että kunnan taajama-aste vaikuttaa toimeentulotukeen päinvastoin kuin lasten päivähoitoon ja kotipalveluihin. Taajama-asteen noustessa toimeentulotuen menot nousivat. Syrjäisyys- ja saaristaisuusmuuttuja oli tilastollista merkitsevä vain kotipalveluiden ja Manner-Suomen osalta vammaispalveluiden osalta. Sen sijaan ruotsinkielisen väestön osuuden vaikutus näkyi tutkimuksessa selvästi. Erityisesti toimeentulotuen osalta voitiin osoittaa, että kunnissa joissa ruotsinkielisen väestön osuus oli yli 50 prosenttia, oli toimeentulotuen menot selvästi alhaisemmat. Tutkimuksessa esitettyjen mallien selitysasteet jäivät melko alhaisiksi. Tämä osaltaan kertoo sosiaalipalveluiden kuntakohtaisesta vaihtelusta. Merkittävänä, muttei kovinkaan yllättävänä seikkana havaittiin myös resurssien yhteys menoihin. Suuremmista resursseista on helpompi jakaa varoja myös erityispalveluihin.

4 Uusien valtionosuuskriteereiden määrittämisen edellytykset ja rajoitukset

Kuntien rahoitusjärjestelmä koostuu niiden omista tuloista ja valtionosuuksista. Suurin osa kuntien vastuulla olevista palveluista on peruspalveluita, joiden tarve on melko helposti ennakoitavissa. Kuntien vastuulle kuuluvat myös sosiaalipalvelut, joiden kysyntä saattaa vaihdella kunnissa merkittävästi. Sosiaalipalveluiden tarve on usein äkillinen ja yllättävä ja liittyy johonkin suureen elämänmuutokseen. Palvelutarve ei välttämättä ole jatkuva, vaan on usein satunnainen tai katkonainen. Tämä sosiaalipalveluiden tarpeelle ominainen piirre erottaa sen muista hyvinvointipalveluista.

Hyvien valtionosuuskriteerien tulisi antaa kunnille tasavertaiset mahdollisuudet palveluiden järjestämiseen. Kuntien erityispiirteitä tulee tasata suhteessa keskimääriisiin palvelujen yksikkökustannuksiin, jotta kuntien rakenteelliset ja väestön tarvetekijät tulisi huomioida mahdollisimman oikeudenmukaisella tavalla. Yksikkökustannusten määrittystä varten pitäisi olla käytettävissä sellaiset aineistot, joissa olisi eritelty tiedot palveluvolyymeista ja niihin liittyvistä kustannuksista. Tällöin voisi laskea koko maata koskevan keskimääräisen yksikkökustannuksen palvelumuotoa kohti, jolloin ongelmaksi jäivät palvelutarpeen ja kuntien rakenteellisten erojen määrittäminen palveluiden järjestämisessä, ja kompensointi näillä perusteilla. Sosiaalipalveluja ei kuitenkaan ole tilastoitu kunta- ja käyttäjätasolla vielä tähän mennessä siten, että aineistot olisivat tutkijoiden käytössä, toisin kuin terveydenhuollon puolella (ks. Hujanen ym., 2008). Jos palveluvolyymeista olisi yksityiskohtaista tietoa, voitaisiin paremmin myös hallita palvelutuotantoa sekä järjestelmää. Tällainen kirjaamismenettely helpottaisi myös palvelujen vaikuttavuuden arviointia ja auttaisi myös löytämään tehokkaimmat ja parhaat menetelmät palvelutuotannossa.

Koska sosiaalihuollon palveluista ei ole tällaista aineistoa saatavilla, valtionosuuskriteereiden määrittäminen joudutaan johtamaan palvelujen kuntakohtaisista kustannuksista suhteessa väestöpohjaan. Palvelujen tuottamisen tehokkuuseroja ei voida siten suoraan ottaa huomioon. Tämän lähestymistavan tekee ongelmalliseksi se, että kustannusten kautta valtionosuuksien määräytymiskriteerien tarkastelu pyrkii vahvistamaan olemassa olevien tuotantotekniikoiden ja kustannusrakenteiden mukaista palvelutoimintaa ja antamaan kenties tukea tehottomalle palvelutuotannolle. Kuntien väliset tehokkuuserot ovat kuitenkin viimeaikaisten tutkimusten perusteella pieniä (esim. Kangasharju, 2007).

Pohdittaessa valtionosuusjärjestelmää tulisi huomio kiinnittää järjestelmän rakenteisiin, tavoitteisiin ja todellisiin vaikutuksiin. Pyritäänkö valtionosuusjärjestelmällä korvaamaan toteutuneita kustannuksia, jolloin sosiaalipalveluiden tapauksessa voidaan ajatella, että valtio tukee huonoja palvelukäytäntöjä? Vai pyritäänkö kannustamaan parempaan toimintaan ja tuetaan niitä kuntia jotka ovat onnistuneet toiminnassaan ja joilla sosiaaliset ongelmat ovat pienempiä? Aina-kin sosiaalihuollon näkökulmasta pitäisi kuntia kannustaa ennaltaehkäisevään toimintaan. Pitkän aikavälin taloudellisen kestävyys kannalta toimintatapa on paras myös kuntalaisten näkökulmasta sosiaalisten ongelmien helpottuessa.

4.1 Mallintamisen ongelmat

Tässä tutkimuksessa kuntakohtaisia sosiaalipalvelujen tarve-eroja mallinnetaan toteutuneiden kustannusten avulla, koska tietoja palvelujen käytöstä tai palvelun tarpeesta ei ole saatavilla. Kustannukset kertovat toteutuneista palvelutapahtumista, mutta eivät palveluvolyymeistä. Tästä ei voida vetää suoria johtopäätöksiä sosiaalipalvelujen kysynnän, tai varsinkaan tarpeen, kunnittaisista eroista. Erityisesti niissä palveluissa, joita ei määritellä subjektiivisiksi oikeuksiksi voivat kuntakohtaiset vaihtelut palvelujen tarjonnassa olla hyvinkin suuret. Myös vuosittaiset vaihtelut kustannuksissa voivat olla suuret.

Tilastollisen mallintamisen ongelmaksi nousee myös Suomessa suuresti vaihteleva kuntakoko. Alle parin tuhannen asukkaan kunta ei ole enää yhteismitallinen puolen miljoonan asukkaan pääkaupungin kanssa. Erityisesti sosiaalipalvelujen kohdalla saattavat asukaskohtaiset käyttömenot nousta hyvinkin korkeiksi pienissä kunnissa. Toisaalta, vaikka suuremmissa kunnissa palvelujen järjestämiseen liittyy nk. suurtuotannon etuja, ovat sosiaalipalvelut kuitenkin työvoimaintensiivisiä palveluja, joissa henkilökohtainen palvelukontakti muodostaa itse palvelun. Lisäksi myös suurten kaupunkien sisällä saattaa ilmetä suuria paikallisia eroja. Palvelujen kysyntä ei sekään ole suoraan riippuvainen kunnan asukasmäärästä ja ikärakenteesta, vaan sosiaaliset ongelmat ovat jakautuneet epätasaisesti eri alueilla.

Sosiaalisia ongelmia kuvaavat muuttujat korreloivat usein keskenään, mikä näkyy malleissa estimoitujen parametrien suurina vaihteluina mallin spesifikaation muuttuessa. Tätä ja edellä mainittuja ongelmia pyritään lieventämään pitkittäisaineistojen käytöllä ja soveltamalla ns. satunnaisvaikutusten mallia estimoinnissa. Satunnaisvaikutusten malli kompensoi aineistoon liittyviä puutteita ja ongelmia. Havaintoyksikölle ominainen virhetermi pystyy korvaamaan aineistossa havaitsemattomia muuttujia, jotka ilmentävät nimenomaisen kunnan ajassa muuttumattomia ominaispiirteitä. Toisaalta siihen sisältyvä kompositiovirhetermi voi korreloida muiden selittävien muuttujien kanssa, jolloin estimaattori on harhainen.

4.2 Tulevaisuuden haasteet

Uuden valtionosuusjärjestelmän taustalla olevat arvioinnit pohjautuvat yleensä to-teutuneisiin lukuihin. Samalla järjestelmän tulisi kuitenkin olla mahdollisimman ajantasainen ja ennakoiva. Tulevat haasteet koskettavat koko yhteiskuntaa, ja haas-teet heijastuvat vääjäämättä myös kunnallisiin palveluihin, niiden kysyntään, ra-kenteisiin, saatavuuteen ja laatuun. Merkittävin yksittäinen muutostekijä on väes-tön ikääntyminen. Väestö ikääntyy koko maassa, mutta vaihtelee paljon alueittain ja kunnittain. Väestö vanhenee nopeimmin haja-asutusalueilla, missä syntyvyys on pientä ja työikäisen väestön muuttoliike kiihtyvää. Vanhusväestön määrä kasvaa myös kasvukeskuksissa. Väestön vanheneminen aiheuttaa paitsi palvelutarpeiden ja palvelumenojen nousua myös kunnan verotulojen laskua, kun yhä pienempi osa väestöstä on työelämässä.

Palvelujen kysynnän kasvu aiheuttaa myös ongelmia osaavan työvoiman saa-miseksi. Eräänä ratkaisuna on pidetty ulkomaisen työvoiman lisäämistä. Sosi-aalipalvelut ovat usein hyvin intiimejä palveluita, mikä osaltaan asettaa erityisiä vaatimuksia palvelujen tuottajille, joista päällimmäisenä hoitajan ja hoidettavan yhteinen kieli ja kommunikointi. Tämä luo osaltaan haasteen rekrytoida ulkomais-ta työvoimaa.

Sosiaalihuollon osalta on nähtävissä myös muita kehityskaaria, joita uuden valtionosuusjärjestelmän tulisi huomioida. Työttömyys on keskeinen sosiaalipal-veluiden tarpeeseen vaikuttava tekijä. Työttömyys vaihtelee suhdannetilanteen mukaan, mutta alueellisesti suhdanteiden vaikutukset ovat erilaisia. Toinen tule-vaaisuutta peilaava piirre on lasten asema ja vanhemmuuden muuttuminen. Van-hempien työkiireet ovat luoneet uudenlaisen ongelmaperheen, jossa vanhemmilla ei ole aikaa lapsille. Näiden ongelmien tunnistamiseen tarvitaan perheen ja yh-teiskunnan yhteistyötä. Kolmas ongelma on alkoholin ja muiden päihteiden käy-tön aiheuttamien ongelmien kasvu. ”Kostean sukupolven” siirtyessä eläkkeelle on uhkakuvana alkoholihaittojen lisääntyminen. Myös erityisesti kaupungeissa huu-mausaineet ovat kasvava ongelma, ja nuorten huumausainekuolemat ovat viime vuosina yleistyneet. Sosiaalisista ongelmista myös yksinäisyyden lisääntyminen voi johtaa monenlaisiin ongelmiin. Yksinasuvien osuus väestöstä lisääntyy, jolloin tu-kiverkostojen merkitys vähenee, mikä heijastuu suoraan palvelutarpeen lisäänty-misenä.

Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus lisääntyy Suomessa. Työvoimapula mo-nella alalla vaatii työntekijöiden etsimisen ulkomailta, erityisesti uusista EU-mais-ta. Samalla on myös mahdollista, että Suomi lisää pakolaisten ja maahanmuuttaji-en vuosittaista kiintiötä. Maahanmuuttajien, erityisesti pakolaisten integroiminen yhteiskuntaan ei ole ongelmatonta. Jos integroiminen epäonnistuu, näkyvät seu-raukset usein negatiivisena kierteenä kuntien sosiaalitoimissa. Maahanmuuttaji-en lisääntyminen lisää haasteita myös palvelujen tuottajille, erityisesti koskien kie-likysymystä. Kielikysymys ei koske ainoastaan maahanmuuttajia. Henkilökunnan

saanti ja palveluiden turvaaminen ruotsin ja saamen kielellä vaativat myös aktiivista panostusta tulevaisuudessa. Nämä ongelmat korostuvat erityisesti saaristossa ja Lapissa, missä suurin osa ruotsin- ja saamenkielisestä väestöstä asuu ja missä palvelujen tarjontaa vaikeuttavat muut olosuhdetekijät.

Sosiaalihuolto on hyvin ahtaalla monessa kunnassa. Kun rahaa on niukasti, pyritään niillä turvaamaan välttämättömien palveluiden tarjonta kuntalaisille. Ongelmana on toiminnan pitkäjänteisyyden puute. Monet investointihankkeet saavat väistyä resurssien puuttuessa. Investoinnit kuitenkin luovat välttämättömän edellytyksen palvelutoiminnan jatkumiselle.

Pienet kunnat joutuvat miettimään tahoillaan, miten tulevaisuuden haasteisiin pystytään vastaamaan. Meneillään oleva Kunta ja Palvelurakenneuudistus (PARAS) -hanke pyrkii tehostamaan kuntien palvelutuotantoa ja luomaan laajempaa pohjaa ja mahdollisuuksia palveluiden järjestämiseksi.²⁴ Hankkeen tavoitteena on kuntarakenteen ja rahoituspohjan vahvistaminen sekä kuntien yhteistyön tiivistäminen niin, että voidaan varmistaa palveluverkon kattavuus. Käytännössä tämä tarkoittaa monen kunnan osalta kuntaliitoksia. Näin pyritään turvaamaan palvelut suurempaan väestöpohjaan perustuen. Monet pienet kunnat ovat liittyneet mukaan suurempaan koalitioon jonkun/joidenkin suurempien kuntien kanssa. Optimaalisena palvelujen tuottamisen väestöpohjana on pidetty vähintään noin 20 000 asukasta. (www.stm.fi)

²⁴ Uudistus vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevina vuosikymmeninä.

5 Tutkimusaineisto

Sosiaalipalvelut ovat palvelukokonaisuutena hyvin heterogeeninen ryhmä. Myös palveluiden järjestämistapoja samoin kuin palvelun tuottajia on monia. Kunnat voivat tilata nämä palvelut toiselta palveluntuottajalta, joka voi olla joko julkisen sektorin tai yksityisen sektorin toimija (voittoa tavoitteleva yritys tai voittoa tavoittelematon järjestö). Kunnat voivat myös keskenään perustaa yhteistoiminta-alueita näiden palveluiden järjestämiseksi. Käytännössä sosiaalipalveluja voidaan tuottaa myös terveystoimen tai sivistystoimen kautta. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelujen käytön ja niihin kohdistuvien menojen tilastointi kuntatasolla ei aina ole systemaattista, eivätkä kunnat välttämättä tee tilastointia keskenään yhdenmukaisesti. Tällöin palvelujen käytön ja niistä aiheutuvien kustannusten vertaaminen kuntien välillä on vaikeaa.

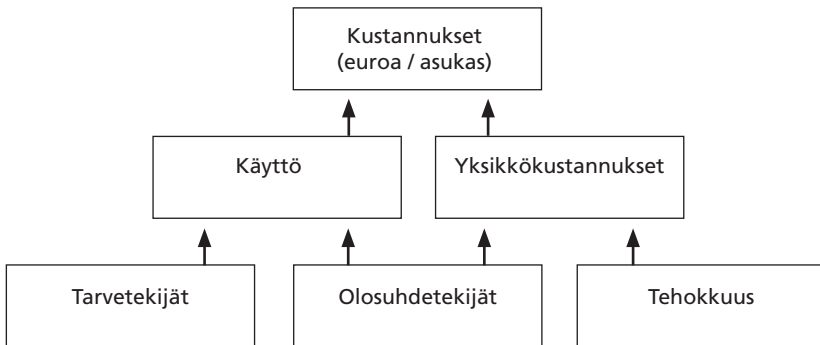
Koska sosiaalipalveluiden tarve on hyvin yksilöllistä ja monissa tapauksissa ennakoimatonta, eikä tästä todellisesta tarpeesta ole saatavilla tarvittavaa yksilötason aineistoa, joudumme käyttämään tässä tutkimuksessa kuntatasoisia käyttö- ja kustannustietoja, jotka kertovat jo toteutuneesta käytöstä ja palvelun tuottamisesta aiheutuneista kustannuksista. Palvelujen käyttötietoja on tosin hyvin rajallisesti eikä kaikista palveluista ole lainkaan käyttötietoja. Tämän lisäksi palvelujen tuotantotavoissa saattaa olla kuntien välillä merkittäviäkin eroja (palvelujen tuotannon tuottavuuseroja), joita voidaan yrittää vain osittain kontrolloida valittavalla estimointimenetelmällä tai muuttujavalinnoilla.

5.1 Kuntakohtaisiin kustannuksiin vaikuttavat tekijät

Palvelujen tarvetta väestössä approksimoidaan näiden palveluiden järjestämisestä aiheutuneilla käyttökustannuksilla asukasta kohti. Tällöin pitää tuntea ne tekijät, jotka määrittävät kustannuksia ja selittävät kuntien välisiä kustannuseroja parhaiten. Taustalla on ajatus, että palvelujen tarjonta aiheutuu kysynnästä, joka puolestaan johtuu tarpeista, jotka taas näyttäytyvät ongelmien ilmenemisenä. Siiten kustannuksia selittäviin malleihin valitut muuttujat kuvaavat näitä mahdollisia sosiaalisia ongelmia, jotka johtavat palvelutarpeen syntymiseen. Toisaalta sosiaaliset ongelmat eivät synny suoraan tai yhdenmukaisella tavalla samoista tekijöistä. Riskin toteutuminen vaihtelee kunnittain, vaikka olosuhteet olisivat samanlaiset. Muuttujien valintaa rajoittaa se, että sovellettujen muuttujien on oltava sellaisia, jotka vuosittain tilastoidaan kunnittain ja ovat kiistattomia valtionosuuksia määritettäessä.

Palvelujen tarvetta selittäviä tekijöitä ovat mm. perherakenne, kaupunkimaisuus, työmarkkinatilanne, koulutustaso, työ- ja toimintakyky, etninen tausta sekä ikä ja sukupuoli. Kuntien rakenteesta ja olosuhteista aiheutuvia palvelujen järjestämisen kustannuksia selittäviä tekijöitä ovat esimerkiksi syrjäisyys ja saaristoisuus, monikielisyys, ongelmien yleisyydessä ilmenevät erot. Lisäksi palvelutarjontaan vaikuttavat kunnan verotulot ja muutokset lainsäädännössä. Näitä muuttujia on käytetty sosiaalipalvelujen kustannuksia kuvaavissa osamalleissa kontrollimuuttujina.

Sosiaalipalveluiden kokonaiskustannukset muodostuvat palvelujen yksikkökustannuksista ja palvelujen käytöstä. Palvelujen yksikkökustannukset riippuvat kuntakohtaisista olosuhdetekijöistä ja toisaalta palveluprosessin tehokkuudesta. Palveluiden kuntakohtaiseen käyttöön vaikuttaa puolestaan kunnittaiset tarvetekijät ja olosuhdetekijät. Näin ollen kuntakohtaisten kustannuserojen taustalla voidaan nähdä kolme tekijää: tarvetekijät, olosuhdetekijät ja tehokkuus (Kuvio20). Tässä tutkimuksessa pyritään löytämään kuntakohtaisia tarvetekijöitä ja olosuhdetekijöitä, ja kullekin kunnalle ominainen palvelujen tehokkuusaste oletetaan sisältyvän mallin satunnaismuuttujaan.



Kuvio 20. Asukaskohtaisten kustannusten muodostuminen.

Lähde: Klavus ym. (2001)

5.2 Tutkimusaineisto ja muuttujat

Sosiaalipalveluiden käyttömenoja määrittäviä tekijöitä (kysyntää ja tarvetta ilmentäen) mallinnetaan kuntakohtaisella aineistolla, joka on kerätty pääsääntöisesti Stakesin ylläpitämästä SOTKANet-verkkopalvelusta ja Tilastokeskuksen Alti-ka -aluetietokannasta. Aineisto sisältää kuntakohtaisia tietoja palvelujen käytöstä, palvelujen kokonaiskustannuksista ja lisäksi kuntaa koskevia muita tietoja kuten väestörakenne, ikärakenne, varallisuus, kieli ja työmarkkinat. Rajoituksena eri osamalleissa käytettäville muuttujien valinnalle on se, että muuttujien on oltava sellai-

sia, jotka ovat valtionosuuksia määritettävissä sovellettavissa olevia ja kiistattomasti todennettavia kuntatasolla.

Tutkimusaineisto on kattaa vuodet 2000–2006 ja se on kerätty vuoden 2008 kuntajaolla. Tarkastelun kohteena ovat Manner-Suomen kunnat. Kainuun maakuntaa koskevat tiedot ovat osin puutteelliset vuosien 2005 ja 2006 osilta. Näissä tapauksissa kuntakohtaisten menojen estimaattina on käytetty maakunnan keskimääräisiä lukuja.²⁵ Aineisto on pääosin saatavissa Stakesin ylläpitämästä Sotkasta suoraan. Joiltakin osin muuttujia on jouduttu muokkaamaan, esimerkiksi suhteuttamaan väestöön tai yhdistämään summamuuttujiksi.

Sosiaalipalveluiden kustannusmuuttujat sisältävät tiedot lastensuojelusta, päihdehuollosta, vammaispalveluista ja sosiaalityöstä. Lastensuojelun kustannuksia mitataan lastensuojelun laitos- ja perhehoidon käyttökustannuksilla²⁶, joka sisältää Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastojen tehtäväluokan (212) mukaiset kustannustiedot. Vuoden 2006 alusta tuli voimaan uusi valtionosuusperuste, joka perustui huostaan otettujen lasten määrään, tätä ennen kuntien välillä oli kustannusten tasausjärjestelmä. Myös lastensuojelun tilastointi muuttui siten, että lastensuojelun perhehuolto laskettiin mukaan kustannuksiin. Tämän vuoksi kustannukset eivät ole täysin vertailukelpoisia aiempien vuosien kanssa. Lastensuojelun kustannukset vaihtelevat kunnittain suuresti. (Taulukko 7) Esimerkiksi vuonna 2006, suurimmat kustannukset olivat yli 300 euroa asukasta kohti kun pienimmillään kustannukset jäivät euroon asukasta kohti. Nämä poikkeuksellisen suuret kustannukset kohdistuvat yleensä pieniin paikkakuntiin, joissa muutama lastensuojelutapaus vaikuttaa asukaskohtaisiin kustannuksiin merkittävästi. Vuoden 2008 alusta astui voimaan uusi lastensuojelulaki. Tämän lain vaikutukset lastensuojelun kustannuksiin ja asiakkaiden määrään eivät kuitenkaan näy vielä tässä tutkimuksessa.

Päihdehuollon menoja mitataan päihdehuollon käyttökustannuksilla.²⁷ Kustannuksiin sisältyy a-klinikkatoiminta, nuorisoasemat, päihdeongelmaisten asunto- ja asumispalvelut, ensisuoijat ja selviämisasemat. Näiden toimien kustannuksista ei kuitenkaan ole tietoa erikseen, joten niitä tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena. Päihdehuollon ongelmana on kuntien välinen epäyhtenäinen menojen kirjaus ja menoluokkien määrittäminen. Näin ollen kustannustiedot tai palvelujen käyttötiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia kuntien välillä. Ongelmia aiheuttaa myös päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden (terveydenhuoltosektorin toimintaa) yhteiset asiakkaat. Monesti nämä asiakasryhmät ovat päällekkäisiä ja saattavat siten kirjautua eri kunnissa eri tavalla sosiaalipuolelle ja terveystieteille. Päihdehuollon kustannukset näyttäisivät kasaantuvan tyypillisesti kaupunkien ja suuriin taajamiin. Tämä johtuu siitä, että päihdeongelmat ovat yleisempiä kaupungeissa, mutta myös

25 Vaala harjoittaa yhteistyötä Pohjois-Pohjanmaan maakunnan kanssa eikä näin ollen kuulu Kainuun-kuntayhtymään.

26 Vuodesta 2006 asti on tiedossa ollut mukana myös perhehoidon käyttökustannukset, Sotkan (3375). Tätä ennen tiedot vain laitoshoidon kustannuksista, Sotkan indikaattori (1333).

27 Päihdehuollon käyttökustannukset, Sotkan indikaattori (1375).

siitä, että pienemmillä paikkakunnilla päihdeongelmia hoidetaan enemmän terveyskeskuksissa. Päihdehuollon suurimmat kustannukset olivat yli 50 euroa asukasta kohti kun keskiarvo jäi alle kymmeneen euroon (Taulukko 7).

Vammaispalveluiden kustannuksia mitataan palveluiden ja taloudellisten tukitoimien kustannuksilla²⁸, jotka koostuvat kaikista vammaispalvelulain perusteella tuotetuista palveluista mm. kuljetuspalvelut, tulkkipalvelut, asunnonmuutostyöt, henkilökohtaisen avustajatoiminnan, kodinhoitoavun. Lisäksi tutkimuksessa huomioidaan vammaishuollon laitospalveluiden kustannukset²⁹. Vammaispalveluiden kustannustietoja ei ollut saatavissa palveluittain, joten tarkastelemme kustannuksia yhtenä kokonaisuutena. Suurimmat vammaispalvelulain mukaisten avopalveluiden asukaslukuun suhteutetut kustannukset olivat yli 120 euroa, kun keskiarvo jäi 30 euroon. Laitospalveluiden kustannukset olivat suurimmillaan lähes 240 euroa asukasta kohti ja joissakin kunnissa niitä ei ollut lainkaan (johtuen laitosasukaiden harvinaisuudesta).

Sosiaalityön kokonaisuutta, joka sisältää toimeentulotuen on tarkasteltu Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastojen tehtäväluokan (290) mukaisella summamuuttujalla Muu sosiaali- ja terveystoimi.³⁰ Tämä tehtäväluokka pitää sisällään toimeentulotuen ja toimeentulotukeen liittyvät sosiaalityöntekijän muut menot. Luokka sisältää myös kuntien osuudet passiivisista työmarkkinatukimenoista sekä muita muihin luokkiin merkitsemättömiä menoja. Sotkasta saadaan myös eritellyt tiedot toimeentulotukimenoista.³¹ Vuoden 2006 alusta voimaantullut muutos toimeentulotuen ja passiivisen työmarkkinatuen kustannusperusteisuudesta irrotti toimeentulotuen valtionosuuksien yleisestä laskennasta. Nykyisin valtio korvaa puolet perustoimeentulotukimenoista samoin kuin työmarkkinatuesta. Uudistuksen tarkoituksena oli lisätä kuntien osuutta ja vastuuta työikäisen väestön työmarkkina-aktivoinnissa. Siten tämä muuttuja ei ole täysin vertailukelpoinen vuoden 2006 osalta edeltäviin vuosiin. Sosiaalityön kustannukset on erotettu tästä menokokonaisuudesta vähentämällä kokonaissummasta toimeentulotuen tulonsiirrot. Toimeentulotukimenot toimeentulotuen asiakasta kohti ovat suuremmat kaupungeissa kuin maaseudulla. Tämä johtuu kahdesta seikasta: asumiskustannuksista, jotka ovat kaupungeissa korkeammat ja toimeentulotuen saannin kestosta joka on kaupungeissa pidempi. Näin ollen toimeentulotuen kustannukset ovat kaupungeissa korkealla, vaikka asiakkaiden osuus väestöstä ei välttämättä olisi suurempi kuin maaseudulla. Toimeentulotukimenot olivat keskimäärin 63 euroa asukasta kohti laskettuna.

Aineisto sisältää myös tietoja palvelujen käytöstä ja väestöosuuksista. Näitä tietoja on kerätty pääsääntöisesti Sotkasta ja Altikasta ja vammaisetuuksiin liit-

28 Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannukset, Sotkan indikaattori (1249).

29 Vammaisten laitoshuollon kustannukset, Sotkan indikaattori (1351).

30 Muun sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset, Sotkan indikaattori 1405.

31 Toimeentulotuki, euroa/asukas, Sotkan indikaattori 451.

tyviä tietoja Kelasta. Lastensuojelun käyttötietoina on huostaan otettujen lasten osuus, kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus ja lastensuojelun avohuollollisen tukitoiminnan piirissä olevat lapset. Päihdehuollon osalta asiakastietoja on päihdehuollon asumispalveluista, avopalveluista, laitospalveluista, säilöönotoista, katkaisuhoidoista, a-klinikoista ja ensisuojusta. Näihin yksittäisiin palvelutietoihin ei kuitenkaan ole liitettävissä erillisiä tietoja kustannuksista, joten palvelujen yksikkökustannuksia ei pystytä näiden tietojen varassa laskemaan.

Vammaisista henkilöistä ei ylläpidetä rekisteriä. Vammaisten määrää on arvioitu Kelan vammaisetuuksien saajien määrällä. Tähän on lisätty vammaisuuden perusteella laitoshoidossa olevat asiakkaat, joka yhdessä edellä mainitun kanssa muodostaa nykyisen valtionosuusjärjestelmän mukaisen vammaiskertoimen.

Sosiaalityön asiakasmäärien kokonaisuudesta ei ole tietoa. Sosiaalityön asiakasta tiedetään ainoastaan ne henkilöt jotka ovat hakeneet toimeentulotukea. Muista syistä sosiaalityön asiakkaina olleita ei siis voida huomioida henkilömäärissä, mutta heistä aiheutuneet kustannukset sisältyvät sosiaalityön kokonaismenoihin.

Sosiaalihuollon palveluiden valtionosuuskriteereitä määrittävissä tarkasteluissa on käytetty muuttujia, jotka on tarkemmin kuvattu alla olevissa taulukoissa. Taulukoissa on kuvattu muuttujien keskeisimmät tilastolliset tunnusluvut koko havaintojaksolta 2000 - 2006. Euromääräiset muuttujat on deflatoitu vuoden 2006 hintatasolle³². Kuntien olosuhdemuuttujat ja muut kuntia karakterisoivat muuttujat on kerätty pääsääntöisesti Sotkasta ja Altikasta (Taulukko 6). Näitä tietoja ovat kuntien luokittelutiedot, aluetiedot³³, kielisuhteet, väestötiedot, ikärakenteet, työllisyys- ja työttömyystiedot, verotulotiedot, koulutusasteet ja sairastavuustiedot³⁴.

Tilastollisissa mallintamisissa kunnat luokiteltiin alueiden, kuntatyyppin ja kuntarakenteen mukaan. Aluejakoina käytettiin läänien ja maakuntaa. Kunnat jaettiin luokkiin myös Tilastokeskuksen kolmiluokkaisen järjestelmän mukaan, jossa kunnat jaettiin maaseutumaisiin kuntiin, taajaan asuttuihin kuntiin ja kaupunkimaisiin kuntiin³⁵. Kolmantena luokittelumuuttujana käytettiin Maa- ja metsätalousministeriön tutkimuksessa määriteltä maaseutuluoitusta.³⁶ Tämän luokituksen mukaan kunnat jaettiin neljään luokkaan: kaupunkikuntiin, kaupunkien

32 Luvut on deflatoitu käyttäen Kuntatalouden sosiaalitoimen hintaindeksiä (121), Tilastokeskus.

33 Kuntien yhdyskuntarakennetta kuvaamaan on käytetty Focalsum-menetelmään perustuvaa asutusrakennetekijää. Menetelmässä koko maa on jaettu neliökilometrin alueisiin. Menetelmä ei rajoitu kuntarajoihin vaan huomioi väestön tiheyden alueella yli kuntarajojen. Asutusrakennetekijä huomioi myös viereisten ruutujen tiheyden. Näin ollen se ottaa huomioon tilanteen, jossa henkilö voi asua harvaanasutussa ruudussa, mutta naapuriruutu on tiheään asuttu ja palvelut näin ollen saatavilla. (Tarkempi kuvaus ks. Lehtonen ym. (2008).

34 Kuntakohtaista sairastavuutta kuvataan sairastavuusindeksillä, Sotkan indikaattori (184).

35 Tilastollinen kuntaryhmä, tarkemmat tiedot ks. www.stat.fi/meta/luokitukset.

36 Luokituksessa Kunnan maaseutumaisuus määriteltiin vaihteittaisena alueluokitteluprosessina, jossa ensin poimittiin kaupungit, sitten kaupunkien läheinen maaseutu, ydinmaaseutu ja lopuksi harvaan asuttu maaseutu. Kaupungit määriteltiin väestön perusteella, kaupunkien läheisen maaseudun kriteereinä käytettiin pendelöintiä läheisiin kaupunkikeskuksiin. Ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu eroteltiin toisistaan usean tekijän suhteen, joissa tarkasteltiin mm. asukastiheyttä, yleisten teiden pituutta, nettomuuttoa ja talouden rakennetta. Tarkemmat tiedot ks. Maa- ja metsätalousministeriö (2006).

läheiseen maaseutuun, ydinmaaseutuun ja harvaan asuttuun maaseutuun. Kaupunkimaisista kunnista muodostettiin tässä tutkimuksessa vielä oma luokkansa, jossa oli mukana kuusi suurinta kaupunkia.

Taulukko 6. Taustamuuttujien tunnusluvut.

	havain- toja	keski- arvo	medi- aani	Keski- hajonta	minimi	maksimi
0-6 -vuotiaat, % väestöstä	2793	7,5	7,2	1,8	3,0	18,5
0-17 -vuotiaat, % väestöstä	2793	21,9	21,3	3,7	12,3	38,0
18-64 -vuotiaat, % väestöstä	2793	59,1	58,8	3,1	50,0	69,0
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä	2793	19,1	19,3	4,6	5,2	35,5
Demografinen huoltosuhde, %	2793	58,8	59	7,4	39,2	84,1
Ruotsinkielisten osuus %	2793	6,3	0,2	19,5	0,0	96,7
Muu kuin suomi tai ruotsi äidinkielenä, % asukkaista	2793	1,1	0,7	2,5	0,0	50,0
Verotulot, euroa / asukas	2793	2428	2334	480	1510	6708
Verotettavat tulot, euroa / asukas	2790	11457	10985	2305	6101	36785
Työttömät, % työvoimasta	2793	11,9	11,4	4,6	2,5	31,5
Työlliset, % väestöstä	2793	39,6	39,8	4,7	26,8	52,7
Nuorisotyöttömät, % 15–24 -vuotiaasta työvoimasta	2793	14,1	13,4	6,5	0	43,2
Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä	2793	23,7	23,9	7,0	0	48,9
Työkyvyttömyyseläkettä saaneet 25–64-vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä	2793	108,9	104	30,1	43,6	253,8
Yhden hengen asutokunnat, % asutokunnista	2793	34,5	35,0	5,4	16,5	50,1
65 vuotta täyttäneiden yhden hengen asutokunnat, % vastaavanikäisten asutokunnista	2793	46,7	46,6	4,9	30,2	60,6
75 vuotta täyttäneiden yhden hengen asutokunnat, % vastaavanikäisten asutokunnista	2793	54,1	54	6,1	32,5	71,1
Yksinhuoltajaperheiden osuus lapsiperheistä, %	2793	15,7	15,5	4,0	3,5	29,7
Keskiasteen koulutuksen saaneet, % 15 vuotta täyttäneistä	2793	37,4	37,5	3,0	23,9	46,8
Korkea-asteen koulutuksen saaneet, % 15 vuotta täyttäneistä	2793	17,7	16,6	5,8	7,5	55
Sairastavuusindeksi	2793	106,7	104,8	15,7	57,3	165,2
Asutusrakennetekijä 1. kvintiili	399	0,0053	0	0,0270	0	0,3248
Asutusrakennetekijä 2. kvintiili	399	0,0294	0	0,0838	0	0,9722
Asutusrakennetekijä 3. kvintiili	399	0,1008	0,0278	0,1904	0	0,9603
Asutusrakennetekijä 4. kvintiili	399	0,3123	0,1057	0,3501	0	1
Asutusrakennetekijä 5. kvintiili	399	0,5522	0,7490	0,4200	0	1

Taulukossa 7 kuvataan eri osamallien selittävät muuttujat ja joidenkin palveluiden käyttöön liittyviä palveluvolyymejä. Kuntien erilaisuudesta kertoo se, että muuttujien välillä saattaa olla suurta vaihtelua kunnittain väkilukuun suhteutettuna. Vaihtelua on myös yksittäisen kunnan kohdalla eri vuosina. Tästä syystä on haluttu laajentaa havaintojaksoa useamman vuoden mittaiseksi, etteivät yksittäisen vuoden aikana tapahtuneet yllättävät muutokset kunnan sosiaalihuollon menoissa saisi liian suurta painoarvoa ja toisaalta siksi että kustannusten vaihtelua pystytään selittämään paremmin.

Taulukko 7. Palveluiden käyttö- ja kustannustietojen tunnusluvut.

	havaintoja	keskiarvo	mediानी	keskihajonta	mini-mi	maksimi
Toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista	2792	6,78	6,55	2,59	0	18,40
Toimeentulotuki, euroa/asukas	2793	62,96	58,57	32,26	0	196,14
Huostassa olleet 0–17 -vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	2793	0,47	0,40	0,39	0	2,70
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–17 -vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	2664	0,60	0,50	0,59	0	3,60
Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä 0-17 -vuotiaita vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä	2793	3,43	3,20	2,30	0	16,30
Lastensuojelun käyttökustannukset, euroa / asukas	2793	30,48	22,15	32,20	0	435,81
Alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa (714)	2793	6,27	6,00	4,01	0,60	49,50
Päihdehuollon käyttökustannukset per asukas	2793	9,71	6,52	9,55	0	58,38
Lapsen hoitotuen saajat / 1000 asukasta	2783	8,19	8,10	2,83	0	22,40
Vammaistuen saajat / 1000 asukasta	2662	1,72	1,90	1,31	0	7,50
Eläkkeensaajien hoitotuet / 1000 asukasta	2793	41,98	41,00	14,18	8,60	92,20
Kehitysvammalaitoksissa asiakkaita / 1000 asukasta	2793	0,0068	0,0030	0,0214	0	0,4070
Kelan vammaisuuden perusteella maksumien etuuksien saajia väestöstä, %	2793	5,509	5,411	1,497	1,368	10,370
Vammaispalvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannukset, euroa/asukas	2793	30,02	26,74	18,05	0	126,90
Päihde, lastensuojelu, vammais- ja toimeentulotukimenot yhteensä euroa per asukas	2793	132,54	123,26	63,97	0	458,47
Päihde, lastensuojelu, vammais- ja sosiaalityömenot, euroa per asukas	2793	142,91	132,95	66,47	0	481,61
Vammaisten laitoshoidon kustannukset, euroa / asukas	2793	36,53	30,75	32,17	0	238,53
Sosiaalityön kustannukset, euroa / asukas	2793	71,58	67,50	39,91	0	323,5

6 Empiiriset tutkimustulokset

Tutkimuskohteena olevien sosiaalipalvelujen asukaskohtaisia käyttökustannuksia selittäviä tekijöitä on estimoitu hyödyntäen kuntakohtaisia kustannustietoja. Havaintoja on kerätty vuosilta 2000–2006, jolloin käytettävissä on kuntatasoinen pitkittäisaineisto, johon voidaan soveltaa tilastollisia menetelmiä, jotka ottavat huomioon yksittäisen kunnan erityispiirteitä paremmin kuin poikkileikkausaineistolla pystyttäisiin. Pitkittäisaineistossa on vaihtelua enemmän ja siten se antaa mahdollisuuden tehokkaamman estimaattorin valintaan, koska ajassa tapahtuvaa muutosta yksittäisessä kunnassa pystytään hyödyntämään. Aineisto tekee mahdolliseksi käyttää hyväksi tietoja kuntien reaktioista olosuhteissa ja toimintaympäristöissä tapahtuneisiin muutoksiin.

Koska saatavilla ei ole kaikkia mallintamiseen tarvittavia olennaisia muuttujia, on estimaattorien tehokkuutta yritetty lisätä soveltamalla ns. satunnaisvaikutusten mallia (random effects model), joka käyttää hyväksi sekä kuntien keskinäistä vaihtelua että yksittäisessä kunnassa ajassa tapahtuvaa vaihtelua.

Estimoitava malli on lineaarinen satunnaisvaikutusten malli, jota sovelletaan kuhunkin osamalliin

$$(1) \quad y_i = \mu + \beta x_i + (u_i + \varepsilon_i)$$

jossa i osoittaa yksittäistä kuntaa ja t vuotta; y on palvelun kustannukset asukasta kohden ja x on havaitut selittävät tekijät; μ on vakiotermi; ja $u_i + \varepsilon_{it}$ on komposiiovirhetermi, jossa u_i on ajassa muuttumaton yksittäiselle kunnalle ominainen virhetermi ja ε_{it} on ajassa muuttuva kuntakohtainen virhetermi. Mallien estimoinneissa rahamääräiset arvot ja väestömäärät eri ryhmissä on muunnettu logaritmiin muotoon.

6.1 Lastensuojelu

Lastensuojelun tarvetta pitäisi mallintaa niiden muuttujien avulla, jotka kuvaavat niitä ongelmia, joista lastensuojelutoimenpiteet johtuvat. Lastensuojeluun johtaneista syistä ei kerätä tietoja systemaattisesti koko maan tasolla ja kunnallinen tilastointi tapausten taustoista puuttuu. Mutta esimerkiksi hallinto-oikeuksien huostaanottopäätösten perusteella lastensuojelutoimiin johtaneissa tapauksissa päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat ovat kaksi suurinta taustalla olevaa syytä. Myöskään lastensuojelutarvetta pohtivissa tutkimuksissa ei ole pystytty

osoittamaan mitään yksiselitteisiä taustalla olevia syitä esimerkiksi huostaanottoihin. Päähteiden käytön - sekä lasten vanhemmilla että nuorilla itsellään - on todettu olevan taustalla alle puolessa lastensuojelutapauksista. Työttömyys tai taloudellinen huono-osaisuus eivät myöskään yksistään ole toimineet selityksenä ilmiölle. Heinon (2007) tekemän selvityksen mukaan lastensuojelun uudet asiakkaat tulivat usein sellaisista perheistä, joissa oli paljon muutoksia, uupumusta ja köyhyyttä. Tutkimuksen mukaan vanhempien uupumus korostui asiakkuuden merkittävimpänä taustatekijänä. Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat olivat kyseessä noin joka viidennen lapsen tilanteessa. Samoin tiedetään, että ongelmat ovat yleisempiä kaupungeissa kuin maaseudulla (Stakes 2007).

Lastensuojelun käyttökustannuksia asukasta kohti mallinnetaan sellaisten muuttujien avulla, jotka ensinnäkin ovat nykyisen järjestelmän laskentaperusteina käytettyjä (Malli 1) ja toisaalta ovat ongelmien taustalla mahdollisesti olevia syitä (Malli 2). Tulokset estimoinneista ovat nähtävissä alla olevassa taulukossa. Lastensuojelun käyttökustannukset vaihtelevat kunnittain huomattavasti, 0:sta aina 435 euroon asukasta kohti (keskiarvo noin 30 euroa). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten osuus vastaavanikäisestä väestöstä selittää kuntien tämän menoluokan kustannuksia. Malli 1 soveltaa siis nykyisiä valtionosuuskriteereitä ja mallin selitysaste on 18,6 %. Malliin 2 on valikoitu muuttujia Malliin 1 sisältyneiden lisäksi siten, että taustamuuttujat heijastavat kunnan sosiaalista ja taloudellista rakennetta sekä väestötiheyttä kunnan alueella. Myös näiden muuttujien lisäyksen jälkeenkin mallin selitysaste jää pieneksi, 24,2 %. Yllättävää on, että 0–6-vuotiaiden lasten lukumäärällä on kustannuksia nostava vaikutus, mutta 7–17-vuotiaiden määrällä näyttäisi olevan kustannuksia vähentävä vaikutus. Tämä johtuu ilmeisimmin siitä, että avohuollon toimenpiteiden kustannukset eivät ole mukana käyttökustannuksissa. Yleensä lastensuojelutoimenpiteet aloitetaan avohuollon toimenpiteinä kouluikäisille ja nuorille. Kunnan asutusrakennetekijät (Focal1-Focal4, vertailukohtana tiheimmin asutut alueet Focal5) eivät tee eroa erittäin harvaan asuttujen alueiden ja erittäin tiheästi asuttujen kaupunkien välillä. Kun kunnassa on tiheimmin asuttuja alueita, niin lastensuojelun kustannukset ovat tulosten mukaan korkeammat kuin vähemmän tiheän asutuksen alueilla (Focal3 ja Focal4). Lastensuojelutarpeen aiheuttavat ongelmat ovat tutkimustenkin mukaan yleisempiä suurimmissa kaupungeissa, toisaalta myös avohuollon toimenpiteet ovat yleisempiä suuremmissa kaupungeissa, mutta nämä toimet eivät sisälly mallinnettavana oleviin kustannuksiin. Yksinhuoltajaperheiden osuudella lapsiperheistä ei näytä olevan tilastollista merkitystä. Sen sijaan vieraskielisten osuuden kasvu väestössä näyttää tulosten mukaan kasvattavan lastensuojelun kustannuksia, kun taas työttömyyden vaikutus näyttäisi olevan päinvastainen.

Mallilla 3 testattiin selkeämmin kuntien kaupunkimaisuusasteen vaikutusta käyttömenojen vaihteluun. Kunnat luokiteltiin indikaattorimuuttujien avulla 5 ryhmään kaupunkimaisuus-maaseutumaisuus-akselilla. Sen lisäksi selittäväksi muuttujaksi sisällytettiin päihdehuollon eri kunnallisissa palvelumuodoissa olleiden asiakkaiden määrä. Tulokset ovat näkyvissä samassa taulukossa (Malli 3). Mallin selitysaste on huomattavasti korkeampi kuin edellisten (39 %). Maaseutumaisuus on merkitsevä selittäjä kaikissa sen kategorioissa. Vertailtavana on maaseutu-kaupunkimaisuus suhteessa suurkaupunkeihin (6 suurinta kaupunkia). Tulos kääntyy intuitiivisesti päinvastaiseksi kuin mallissa 2. Kuntien jako maaseutumaisuuden-kaupunkimaisuuden mukaan erottelee kuntatyypit selkeästi toisistaan ja selittää kuntien käyttökustannusten vaihtelua. Pienimmissä ja maaseutumaisimmissa kunnissa lastensuojelun käyttökustannukset asukasta kohden ovat korkeammat kuin suurimmissa kaupungeissa. Pienten kuntien ongelmana on juuri se, että yksikin tapaus voi nostaa lastensuojelun asukaskohtaiset käyttömenot korkeiksi, koska asukas pohja on pieni. Monissa pienissä maaseutumaisissa kunnissa lastensuojelun kustannukset ovat viime vuosina yhtäkkisesti nousseet. Vaikkei ongelma olisikaan kovin laaja, voivat kustannukset pysyä korkealla vielä vuosia eteenpäin.

Mallissa 3 testattiin myös päihteiden ongelmakäytön ja lastensuojelun kustannusten välistä yhteyttä. Päihdepalveluja käyttäneiden asiakkaiden määrän oletetaan heijastavan lastensuojelutarvetta. Muuttuja on tilastollisesti merkitsevä ja tulosten mukaan lastensuojelun käyttökustannuksia lisäävä. Mutta, vaikka tiedetäänkin, että päihteiden käyttö on usein ongelmien taustalla, ei tästä tuloksesta voida päätellä, onko kysymyksessä kausaalisuhde, vai onko molemmille ilmiöille kenties jokin muu syy, josta nämä molemmat ovat seurauksia, tai vain tapahtuvat samanaikaisesti.

Lastensuojelun kuntakohtaisten käyttökustannusten vaihtelua selittävät lastensuojelutoimenpiteiden määrät ja asumisympäristöä kuvaavat tekijät. Kunnan asukkaiden työllisyystilannetta ja koulutusastetta kuvaavat muuttujat ovat myös vaihtelua selittäviä tekijöitä, mutta niiden vaikutus heijastuu myös asumistiheys- ja taajama-aste -muuttujien kautta (tulokset eivät ole näkyvissä tässä taulukossa).

Lastensuojelutarpeen mallintamista kuntien käyttökustannusten avulla voidaan perustella sillä, että lastensuojelu on subjektiiviseen oikeuteen perustuva palvelu, jolloin kuntien määrärahat tai muut toimintaa ohjaavat päätökset eivät saa vaikuttaa palvelujen tarpeessa olevien kohteluun. Eli tarpeen tulee heijastua suoraan palvelun käyttöön. Kustannukset tosin määrittävät kuntien oman palvelutuotannon järjestämisen perusteella, mutta nekin näyttäivät riippuvan palvelua käyttäneiden määrästä (ks. kerroin kodin ulkopuolelle sijoitetut).

Taulukko 8. Lastensuojelun asukaskohtaisten käyttömenojen mallintaminen.

MUUTTUJA selitettävä muuttuja: Ln(lastensuojelumenot/asukas)	MALLI 1 Kerroin (std.)	MALLI 2 Kerroin (std.)	MALLI 3 Kerroin (std.)
Selittävät muuttujat:			
Vakio	1.947492*** (0.2305)	11.57202*** (1.4140)	-4.6889*** (1.0872)
Kodin ulkopuolelle sijoitetut % vast. ikäisestä väestöstä	0.422877*** (0.0333)	0.263146*** (0.0347)	1.540538*** (0.0788)
0-6 –vuotiaita väestössä (ln)	0.019293 (0.0293)	0.245152** (0.1195)	0.564076*** (0.0567)
7-17 –vuotiaita väestössä (ln)	-	-3.66699*** (0.4363)	-0.93584*** (0.3099)
Focal1 (Malli 3: Maaseudun pieni kunta)	-	-0.77857 (4.3487)	1.673829*** (0.4811)
Focal2 (Malli 3: Maaseutumainen kunta)	-	1.705133 (1.4395)	1.337553*** (0.4642)
Focal3 (Malli 3: Kaupunkimainen kunta)	-	-1.07695* (0.6193)	1.505242*** (0.4573)
Focal4 (Malli 3: Suurempi kaupunki)	-	-0.58872* (0.3550)	1.245569*** (0.0032)
Yksinhuoltajaperheiden osuus lapsiperheistä	-	0.016946 (0.0133)	0.022037** (0.0106)
Muun kuin suomen- tai ruotsinkielisten osuus väestöstä	-	0.020549*** (0.00740)	-0.00072 (0.00558)
Työttömien osuus väestöstä	-	-0.1049*** (0.0152)	-0.06563*** (0.0103)
Päihdehuollon toimenpiteissä (tuhatta)			0.229393*** (0.0507)
Lakimuutos 2006	0.982608*** (0.0516)	0.594785*** (0.0581)	0.403536*** (0.0589)
Havaintoja	7 * 399	7 * 399	7 * 399
Selitysaste	0.1861	0.2422	0.3852

Lastensuojelun avohuollon kustannustietojen puuttuminen ja käyttötietojen puutteellisuus vaikeuttavat lastensuojelun valtionosuuskriteereiden arviointia. Lastensuojelutapausten jatkuva lisääntyminen ja kustannusten kiihtyvä kasvu viimeaikoina myös pienissä kunnissa edellyttävät ongelmien ennaltaehkäisyä kustannusten ja koko ilmiön hallitsemiseksi. Pelkkä kustannusten kompensatio huostaan otettujen määrän mukaan ei ole riittävä lastensuojelun valtionosuuksien peruste. Myös lapsiin ja nuoriin kohdistettuja toimenpiteitä pitäisi tukea kunnassa asuvien lasten määrän perusteella. Edellä mainittujen aineistojen puutteellisuuden vuoksi tämän analyysin perusteella ei voida kuitenkaan päätellä, mihin painotusosuuksiin eri-

ikäisille lapsille suunnattujen valtionosuuksien tulisi perustua. Aikaisemmin kuitenkin jo todettiin, että erityisesti 16–17 -vuotiaiden huostaanotot ovat lisääntyneet rajusti 2000-luvulla (ks. luku 2.1).

6.2 Päihdehuolto

Tärkein selittävä tekijä päihdehuollon tarpeelle ja kysynnälle on (ainakin jollekin taholle ongelmaksi muodostunut) päihteiden liiakäyttö. Päihteiden käytöstä ei kuitenkaan ole saatavilla kuntatasoista tietoa, joten sitä ei voida soveltaa päihdehuollon tarvetta mallinnettaessa. Vaikka alkoholin myyntimäärät kuntatasolla tiedetäänkin, ei alkoholin käyttöä tai päihdepalvelujen tarvetta voida johtaa suoraan kunnittaisista myyntiluvuista. Myyntiä voi kasvattaa myös kuntiin ulkopuolelta kohdistuvat kysyntätekijät esim. kunnassa järjestettävät tapahtumat, toisista kunnista kohdistunut kysyntä tai Suomen rajojen tuntumassa ulkomailta kohdistunut kysyntä. Sen lisäksi alkoholia ja muita päihteitä tuodaan myös tuontina ulkomailta, mikä ei näy myyntitilastoissa. Päihdehuollon kustannuksia mallinnetaan sen sijaan saatavissa olevilla muuttujilla, jotka kuvaavat ongelmien ilmenemistä ja tarvetta kunnissa. Ei tosin ole selvää, vastataanko tähän tarpeeseen aina palveluilla. Käytännöt voivat vaihdella kunnittain paljonkin. Päihdehuollon kustannukset ovat keskimäärin lähes 10 euroa/asukas (0–58 €/as.).

Päihdehuollon kuntakohtaiset käyttökustannukset asukasta kohti mallinnetaan sekä PNS-menetelmällä (Malli 1 ja Malli 3) että paneeliaineistoa hyväksikäyttäen satunnaisten vaikutusten mallilla (Malli 2), edellä mainittu yhtälö (1). Estimoiduissa malleissa käytetään selittävinä muuttujina kunnan asutusrakennetekijää, työttömyysastetta, koulutusastetta, toimeentulotukea saaneiden osuutta ja yksinasuvien osuutta. Palveluiden tuotosmuuttujia, asiakasmääriä eri palveluissa, joita aineistossa on saatavilla tässä tapauksessa aika runsaasti (kaikki kunnat eivät tilastoi systemaattisesti käyttöä) käytetään kustannusten kontrollimuuttujina (tulostaulukossa kuusi viimeistä muuttujaa). Sen lisäksi indikaattorimuuttujana käytetään alkoholiveron alennuksen vaikutusta vuodesta 2004 lähtien.

Päihdeongelmien liittymistä asuinrakenteeseen testattiin sekä asutusrakennetekijällä että kunnan kaupunkimaisuus-luokituksella. Regressiomallin tulosten mukaan kaupunkimaisuusasteella on vaikutusta päihdehuollon käyttökustannuksiin kun lisäksi tuotosmuuttujia kontrolloitiin. Kunnan kaupunki-maaseutumaisuus oli kustannusten vaihtelua selittävä tekijä. Kun vertailuryhmänä oli Suomen kuusi suurinta kaupunkia, on kaikissa muissa kaupunki- ja maaseutukunnissa pienemmät käyttökustannukset asukasta kohden. Myös asutusrakennetekijällä mitattuna kaikkein tiheimmin asutetuilla kunnilla (Focal5) päihdehuollon menot ovat selkeästi korkeammat kuin vähemmän tiheää asutusta olevilla kaupungeilla (Focal3–Focal4). Harvaan asutuilla alueilla (Focal1-Focal2) kerroin ei merkitsevästi poikkea nolasta, eli ei eroa verrokkiryhmästä merkitsevällä tavalla. Nämä

tulokset ovat linjassa sen lähtöoletuksen kanssa, että päihteiden ongelmakäyttö on yleisempää tiheään asutuissa kaupunkikeskuksissa. Malliin valittujen muiden selittävien tekijöiden osalta voidaan sanoa, että koulutusaste selittää kuntien menojen vaihtelua siten, että mitä suurempi osuus yli 15-vuotiaista on saanut korkea-asteen koulutuksen, sitä suuremmat ovat kunnan käyttömenot päihdehuollossa, mikä voi heijastaa myös kaupunkimaisuutta tai kunnan tulotasoa, sillä koulutus- ja tulotaso ovat yleensä korkeampia suurissa kasvukeskuksissa. Perherakenne näyttäisi vaikuttavan odotetulla tavalla kustannuksiin. Mitä suurempi on yksinasuvien osuus kunnan kaikista kotitalouksista, sitä suuremmat ovat kunnan päihdehuollon asukaskohtaiset käyttökustannukset. Toimeentulotukea saaneiden osuus vaikuttaa tulosten mukaan päihdehuollon menoja nostavasti. Kunnan työttömyysaste taas vaikuttaa päinvastoin. Tulosten mukaan myös alkoholiveron lasku on merkitsevästi nostanut päihdehuollon kustannuksia (päihdehuollon asukaskohtaisten käyttökustannusten tasomuutos).

Taulukko 9. Päihdehuollon käyttömenot asukasta kohti.

MUUTTUJA selitettävä muuttuja: Ln(päihdehuollon menot/asukas)	MALLI 1 PNS Kerroin (std.)	MALLI 2 RE Kerroin (std.)	MALLI 3 PNS Kerroin (std.)
Selittävät muuttujat:			
Vakio	-0.55692*** (0.20389)	-0.74019*** (0.2985)	0.38904 (0.25160)
Focal1 (Malli 3: Maaseudun pieni kunta)	0.37200 (0.62050)	0.157568 (1.9129)	-0.72005*** (0.17470)
Focal2 (Malli 3: Maaseutumainen kunta)	0.06666 (0.20645)	0.001507 (0.5148)	-0.80323*** (0.18248)
Focal3 (Malli 3: Kaupunkimainen kunta)	-0.23488*** (0.08557)	-0.27489 (0.2040)	-0.80670*** (0.18476)
Focal4 (Malli 3: Suurempi kaupunki)	-0.31314*** (0.05116)	-0.33439*** (0.1241)	-0.77726*** (0.18688)
Työttömyysaste	-0.01766*** (0.00495)	-0.01627** (0.00773)	-0.01709** (0.00496)
Yksinasuvien osuus	0.02170*** (0.00344)	0.036067*** (0.00640)	0.01421*** (0.00362)
Toimeentulotukea saaneet henkilöt, % väestöstä	0.04209*** (0.00811)	0.038066*** (0.0111)	0.05276*** (0.00774)
Korkea-asteen koulutuksen saaneet, % 15 v. täyttäneistä	0.03298*** (0.00382)	0.040068*** (0.00821)	0.03871*** (0.00383)
7-64 vuotiaiden määrä väestössä (ln)	0.14199*** (0.02234)	-	-
Päihdehuollon asumispalveluissa asiakkaita / 1000 asukasta	0.24971*** (0.02491)	0.217292*** (0.0307)	0.19419*** (0.02554)

Päihdehuollon avopalveluasiakkaita / 1000 asukasta	0.03428*** (0.00320)	0.017033*** (0.00374)	0.03741*** (0.00315)
Päihteiden vuoksi terveydenhuollossa / 1000 asukasta	0.04861*** (0.00722)	0.035389*** (0.00798)	0.05075*** (0.00739)
A-klinikan asiakkaana / 1000 asukasta	0.000522*** (0.000107)	0.000505*** (0.00017)	0.0006092*** (0.000110)
Päihdehuollon laitoksissa olleet asiakkaat / 1000 asukasta	0.21302*** (0.01072)	0.19265*** (0.0111)	0.20544*** (0.01103)
Katkaisuhoitoasemien asiakkaita / 1000 asukasta	-0.00171 (0.000358)	-0.00239*** (0.000537)	-0.00290*** (0.00040785)
Lakimuutos: alkoholivero v. 2004 alk. veron alennus	0.10793*** (0.03055)	0.090483*** (0.0259)	0.11839*** (0.03004)
Havaintoja	2760	7 * 399	2760
Selitysaste	0.5142	0.2658	0.5072

Myös päihdehuolto on erityislailla säädetty palvelu, joten päihteiden ongelmakäyttöä tai sen riskiä lisäävät tekijät tulisi sisällyttää valtionosuuskriteereihin. Kuvaavaa päihdehuollon menojen vaihtelulle on se, että myös muut sosiaalisia ongelmia hoitavat palvelut kunnassa vaihtelevat samansuuntaisesti. Eli kunnissa, joissa päihdehuollon käyttömenot ovat suhteellisesti korkeat, samaan aikaan myös lastensuojelun ja sosiaalityön käyttömenot ovat korkeat. Koska sosiaaliset ongelmat pyrkivät kasautumaan, pitäisi näitä ongelmia hoitavat palvelut nähdä kokonaisuutena ja määrittää valtionosuudet koskemaan sosiaalisten ongelmien riskejä³⁷. Tällä hetkellä näyttää myös siltä, että päihdehuollon palvelut on pääasiassa osoitettu työikäisille ja nuorille, toisaalta kuitenkin ikä ei saisi olla palvelunsaannin kriteeri, myös eläkeikäisten tulisi saada näitä palveluja.

Pelkästään päihdehuollon osalta ei välttämättä erillisiä valtionosuuksien määrittämisperusteita tarvita. Edellä saadut tulokset vahvistavat sosiaalisten ongelmien taustamuuttujien merkitystä kriteereinä, jotka kuitenkin toistuvat myös muissa sosiaalisia ongelmia hoitavissa sosiaalipalveluissa.

6.3 Vammais- ja kehitysvammapalvelut

Kuljetuspalvelu, tulkkipalvelut, palveluasuminen ja henkilökohtainen avustusjärjestelmä ovat vammaispalvelulakien mukaisia avopalveluja. Palvelujen käyttäjäkunta koostuu näitä palveluja tarvitsevista, esim. aisti- ja puhevammaiset ovat tulkkipalvelujen käyttäjiä. Toisaalta palveluja voivat saada myös vanhuksat ja mielenterveysongelmaiset, mikäli heidän voidaan katsoa täyttävän asianomaisen palvelun tai etuuden saamiseksi asetetut vaikeavammaisuuden kriteerit. Vammaishuollon lai-

³⁷ Tähän kysymykseen palataan luvussa 7.

toshoitoa voivat saada henkilöt, jotka eivät tarvitse sairaalahoitoa, mutta jotka eivät selviä kotona tai muussa avohoidossa. Suuntauksena tosin on, että avohuollon palveluiden avulla hoidetaan kotona yhä heikompiakuntoisia ja enemmän apua tarvitsevia. Näin järjestetty hoito on myös kustannuksiltaan edullisempaa.

Vammaispalvelujen asiakasmaksut vaihtelevat. Palveluista voidaan periä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain mukaisesti maksuja. Tulkkipalvelut ja palveluasumiseen liittyvät erityispalvelut ovat maksuttomia. Monesti vammaiset henkilöt ovat eriarvoisessa asemassa asuinpaikasta riippuen, vaikka kyse olisikin subjektiivisesta oikeudesta vammaispalvelulain perusteella. Pienistä kunnista saat- ta puuttua viittomakielen tulkki kokonaan, ja harvaanasutulla alueella pitkät etäisyydet rajoittavat tulkkipalveluiden saatavuutta.

Palvelujen järjestäminen ja käytännöt vaihtelevat kunnittain. Vammaispalvelujen käyttäjäkysely vuonna 2002 paljasti huomattavia alueellisia eroja palvelujen tarjonnassa. Alle 25 000 asukkaan kunnissa ja harvaan asutuilla alueilla palveluja ja tukitoimia sai vain 61 % vastaajista, kun suurissa kunnissa palveluita käyttäneiden osuus oli 79 %. Palveluhakemusten hylkäämisessä ei esiintynyt vastaavia eroja, mutta palveluiden hakeminen on pohjoisessa vähäisempää kuin etelässä. Puumalainen ym. (2003), jotka selvityksen tekivät, toteavat että palveluntarvitsijat saattavat suhteuttaa palvelujen kysynnän ja hakemuksensa kunnan resursseihin.

Vammais- ja kehitysvammalain mukaista palvelujen tarvetta mallinnetaan kuntien vammaispalvelujen ja taloudellisten tukitoimien kustannusten perusteella (nettomääräiset käyttökustannukset asukasta kohti). Kustannukset vaihtelevat (0-261 euroa vuonna 2006) kunnittain, keskimäärin ne ovat 66 euroa asukasta kohti. Kustannusten vaihtelua selittäviksi muuttujiksi estimoitaviin malleihin valittiin asutusrakennetekijät (Focal1–Focal5), alueellista eroavaisuutta kuvaavat muuttujat, kunnan demografinen huoltosuhde, yksinasuvien vanhusten osuus ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus kuntalaisista. Näiden lisäksi selittäjäksi valittiin nykyisiä kriteerejä seuraten Kelan vammaistukia saavien osuus väestöstä. Kontrollimuuttujiksi otettiin saatavilla olevat palvelumääriä koskevat muuttujat, mukaan lukien laitosisiakkaiden määrä kunnassa.

Taulukko 10. Vammaispalvelujen käyttömenot (avo- ja laitospalvelut) asukasta kohti.

MUUTTUJA selitettävä muuttuja: Ln(vammaispalvelumenot/asukas)	MALLI 1 PNS Kerroin (std.)	MALLI 2 RE-malli Kerroin (std.)
Selittävät muuttujat:		
Vakio	2.53618*** (0.14653)	2.441493*** (0.2854)
Focal1	2.84969*** (0.57332)	3.033765*** (1.3275)

Focal2	-1.75850*** (0.17312)	-1.67185*** (0.4085)
Focal3	-0.10025 (0.07029)	0.111584* (0.1653)
Focal4	-0.12636*** (0.04387)	0.049557 (0.0967)
Oulun lääni (1/0)	0.09178*** (0.03218)	0.101388 (0.0758)
Lapin lääni (1/0)	0.58261*** (0.06992)	0.460427*** (0.1639)
Itä-Suomen lääni (1/0)	0.00104 (0.04374)	-0.01785 (0.0968)
Länsi-Suomen lääni (1/0)	-0.01507 (0.02647)	0.032543 (0.0621)
Yhden hengen asutokuntien osuus asutokunnista, %	-0.00087 (0.00222)	0.01723*** (0.00488)
Demografinen huoltosuhde, %	0.82086*** (0.22791)	-
65–74-vuotiaita väestössä (ln)	-	0.150549* (0.0802)
75–84-vuotiaita väestössä (ln)	-	-0.08476 (0.0853)
Yli 84-vuotiaita väestössä (ln)	-	-0.00064*** (0.000087)
Vammaisuuden perusteella etuuksien saajien osuus väestössä (Kela), %	0.04665*** (0.01150)	0.31244** (0.0128)
Kehitysvammalaitoksissa asiakkaita /1000 asukasta	8.14981*** (1.17582)	13.57346*** (1.6201)
Henkilökohtaisen avustajatoiminnan piirissä asukkaita / 100 000 asukasta	0.01457*** (0.00165)	0.011138*** (0.00137)
Vaikeavammaisten kuljetuspalveluja saavia asiakkaita / 100 000 asukasta	0.00249*** (0.000231)	0.002332*** (0.000207)
Vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä asiakkaita / 100 000 asukasta	-0.00739*** (0.00141)	0.004842*** (0.00122)
Vammaisten tulkkipalveluissa asiakkaita / 100 000 asukasta	0.00512** (0.00234)	0.001673 (0.00206)
Valtionosuus lakimuutos (2006=1) vammaiskerroin	0.02479 (0.03334)	0.042641 (0.0170)
Havaintoja	2793	7 * 399
Selitysaste	0.2056	0.1590

Vammaispalvelujen tarvetta mallinnettiin PNS-menetelmällä yhdistetyllä poikkeileikkausaineistolla (Malli 1) ja kuntatasoisella pitkittäisaineistolla (Malli 2). Molempien mallien selitysasteet jäivät suhteellisen alhaisiksi. Mallien tulokset ovat keskenään hyvin samankaltaiset. Kustannusten vaihtelua kunnittain kontrolloi-

daan tuotosmuuttujilla, joista erityisesti kehitysvammalaitoksissa olevien asukkaiden määrä on erittäin merkitsevä kuntakohtaisia käyttökustannusten vaihteluja selittävä tekijä. Tulosten mukaan erittäin harvaan asutetut kunnanosat nostattavat kustannuksia, mikä selittyy ainakin sillä, että valtaosa vammaispalvelujen avohuollon asiakkaista on kuljetuspalvelujen tarvitsijoita, kun palvelun käyttäjämäärä on kontrolloitu. Mitä pidemmät kuljetusmatkat, kuten harvaanasutuilla seuduilla on, sitä enemmän on kustannuksia. Toisaalta kaupungeissa, joissa on kaikkien tiheintä asutusta (Focal5), kustannukset ovat suuremmat kuin väljemmin asutuilla alueille, joilla on kustannuksia laskeva vaikutus (negatiiviset ja merkitsevät kertoimet, Focal 2 ja Focal 4 Mallissa 1).

Vammaisuuden ja kehitysvammaisuuden alueellisen jakautumisen vaikutuksia kustannusten vaihteluun testattiin lääni-muuttujilla. Ainoastaan Lapin läänissä alue selitti kustannusten vaihtelua molemmissa malleissa kustannuksia nostavasti, kun vertailukohtana oli Etelä-Suomen lääni. Mallissa 1 myös Oulun lääni sai vertailuläänistä merkitsevästi poikkeavan positiivisen kertoimen.

Väestön ikärakenteen vaikutusta vammaispalvelujen käyttökustannusten vaihteluihin testattiin kahdella eri muuttujalla: kunnan demografisella huoltosuhteella, joka mittaa lasten ja vanhusten osuutta väestöstä sekä eri ikäryhmiin kuuluvien vanhusten määrällä. Vanhusväestön osuuden kasvaessa myös kustannukset kasvavat mallin 1 mukaan. Kun vanhusväestön määrää tarkasteltiin yksityiskohdaisemmin ikäryhmittäin, vain 65–74-vuotiaiden määrä näyttäisi olevan kustannuksia nostava. Sen sijaan yli 85-vuotiaiden määrä näyttäisi laskevan vammaispalvelujen käyttömenoja. Samalla kertaa testataan kuitenkin Kelan vammaisetuksia saavien osuuden vaikutusta kustannusten vaihteluun, mikä osaltaan vaikuttaa kertoimen arvoon. Suurin osa (yli 80 %) Kelan vammaistukea saavista on vanhuksia. Kelan vammaisetuksia saavien osuudella kuntalaisista on selkeä kustannuksia lisäävä vaikutus.

Yksinasuvien osuus asutokunnista näyttäisi lisäävän vammaispalvelun kustannuksia. Yksinasuvien ikäryhmittäistä vaikutusta testattiin myös (ei näkyvässä taulukossa). Hieman yllättävästi yksinasuvien vanhusten osuuden kasvulla asutokunnista olisi kustannuksia pienentävä vaikutus. Nykyisin kaikille 75 vuotta täyttäneille tehdään henkilön niin halutessa kunnan sosiaalitoimessa hoito- ja palvelusuunnitelma. Toisaalta, jos vanhus kykenee asumaan vielä tämän ikäisenä yksin, on se jo osoitus hyvästä toimintakyvystä.

Vammais- ja kehitysvammapalvelut muodostavat laajan kokonaisuuden kuntien palveluissa. Osa palveluista on kevyehköjä avohuollon tukipalveluja ja osa on hyvin intensiivisiä laitospalveluita. Niiden yhtäaikainen mallintaminen ei ehkä ole mielekäästä. Uusien valtionosuuskriteereiden tulee kuitenkin huomioida myös vastikään asetetun vammaispalvelulain tavoitteet, joiden mukaisesti laitospalveluhoidosta pitäisi mahdollisuuksien mukaan pyrkiä siirtymään intensiivisten avopalveluiden suuntaan.

Vammaispalvelujen valtionosuuskriteereiden tulisi ottaa huomioon ennen muuta vammaisten ja kehitysvammaisten henkilöiden määrän ja osuus väestössä (suhteessa koko maan vastaavaan osuuteen). Tämän lisäksi tulisi ottaa huomioon väestön demografinen huoltosuhde ja erot kuntien palvelujen järjestämisolosuhteissa (harvaan asutut alueet). Nämä kriteerit voidaan kuitenkin soveltaa myös sosiaalihuollon kokonaistarkastelussa.

6.4 Sosiaalityö

Sosiaalityö edistää ja ylläpitää kansalaisten ja yhteisöjen hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta. Työn tavoitteena on yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen omaehtoisen toiminnan tukeminen. Lähtökohtana on sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä tuen tarpeessa olevien kansalaisten voimavarojen vahvistaminen. Sosiaalityötä tehdään osana sosiaali- ja terveystalvija. Työ kohdentuu erityisesti lapsiin, nuoriin ja heidän perheisiinsä, päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviin sekä vanhuksiin ja vammaisiin. Sosiaalityön palveluja on saatavilla sosiaalihuollon avo- ja laitoshuollon palveluissa sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avo- huollossa ja laitoshoidon yhteydessä. Sosiaalityöntekijä on tavoitettavissa yleensä kunnan sosiaalitoimistossa ja kuntakoosta riippuen myös sosiaalitoimen aluetoimipisteissä, sosiaalihuollon erityistoimipisteissä sekä kouluissa. Sosiaalityössä joudataan yhä enemmän perehtymään erilaisten yhteiskuntapoliittisten ratkaisujen sosiaaliin vaikutuksiin ja kustannuksiin. Kunnallisen sosiaalityön vastuulla on toisaalta koko kunnan sosiaalihuollon kokonaisuus, toisaalta vaikeimmissa tilanteissa olevien yksilöiden ja perheiden auttaminen.

Koska perustoimeentulotuki on poistettu vuoden 2006 alusta sosiaalihuollon valtionosuusjärjestelmästä ja siirretty omaan järjestelmään, nämä menot eivät sisälly tässä mallinnettaviin sosiaalityön kustannuksiin³⁸. Toisaalta toimeentulotukeen liittyvät ”instituutiot” ovat kiinteä osa käytännön sosiaalityötä kunnissa. Nykyään sosiaalityö toimii tärkeänä osana työllisyys- ja aktivointipolitiikkaa, johon perustoimeentulotuki lakimuutoksen yhteydessä luetaan. Sosiaalityön tarvetta ilmentäväksi muuttujaksi, selitettäväksi, on otettu sosiaalityömenot vähennettynä toimeentulotuen menoerällä. Selittäjinä on käytetty asutusrakennetekijää ja erikärähyhmiin kuuluvan väestön määrää sekä vieraskielisten, vanhusväestön ja pitkäikäistyöttömien osuutta kuntalaisista. Lisäksi selittävinä muuttujina ovat yksinhuoltajaperheiden osuus lapsiperheistä ja yksinasuvien osuus asuntokunnista. Vuotta 2006 on käytetty indikaattorimuuttujana kontrolloimaan toimeentulotuen lakimuutosta.

38 Perustoimeentulotuki vastaa noin 90 % kaikista toimeentulotukimenoista.

Taulukko 11. Sosiaalityömenot per asukas

MUUTTUJA selitettävä muuttuja: Ln(sosiaalityömenot/asukas)	Malli 1 RE-malli Kerroin (std.)	Malli 2 PNS-malli Kerroin (std.)	Malli 3 PNS-malli Kerroin (std.)
Selittävät muuttujat:			
Vakio	2.124702*** (0.3183)	1.90089*** (0.14684)	3.47927*** (0.35508)
Focal1	5.827282*** (2.1531)	1.28019* (0.64349)	1.49178*** (0.64835)
Focal2	-1.01391 (0.6934)	-0.73430*** (0.17401)	-0.71615*** (18047)
Focal3	-0.35074 (0.2683)	-0.13784* (0.07438)	-0.08818 (0.07921)
Focal4	0.171755 (0.1516)	0.02452 (0.04540)	0.02513 (0.04717)
Muun kuin suomen- tai ruotsinkielisten osuus väestöstä	-0.01672*** (0.00600)	0.00289 (0.00600)	0.00319 (0.00600)
Yli 85-vuotiaiden osuus väestöstä	0.000338*** (0.000102)	-	-
0–6-vuotiaita (ln)	-	-	0.23266*** (0.08848)
7–64-vuotiaita (ln)	-	0.07275*** (0.01902)	-0.58535*** (0.14487)
65–75-vuotiaita (ln)	-	-	0.48422*** (0.11567)
75–84-vuotiaita (ln)	-	-	-0.02473 (0.09254)
yli 84-vuotiaita	-	-	-0.000072 (0.00002)
Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä	0.018418*** (0.00499)	0.00954*** (0.00177)	0.00819*** (0.00183)
Yksinhuoltajien osuus lapsiperheistä	0.030871** (0.0133)	0.01967*** (0.00496)	0.02130*** (0.00511)
Yksinasuvien osuus kotitalouksista	-0.02297** (0.0110)	0.00651* (0.00354)	0.000012 (0.00467)
Lakimuutos vuonna 2006	0.438921*** (0.0606)	0.19398*** (0.03377)	0.19624*** (0.3434)
Toimeentulotukea saaneiden henkilöiden osuus väestöstä	-	0.14381*** (0.00615)	0.15118*** (0.00658)
Havaintoja	7 * 399	2792	2792
Selitysaste	0.1241	0.3394	0.3439

Pitkittäisaineistoa sovellettaessa (Malli 1) selitysaste jää hyvin pieneksi (12 %). Tämä saattaa johtua aineiston epätarkkuuksista. Sosiaalityöhön luetaan kuuluvaksi monia erimuotoisia palveluja eri kohderyhmille kuntien omien käytäntöjen mukaan, siten menoja kuvaavassa muuttujassa on epätarkkuuksia. Kunnat eivät tilastoi menoja yhtenevillä ja systemaattisilla tavoilla, jotka helpottaisivat menojen kuntien välistä vertailua. Myös yksittäinen kunta voi vuosittain muuttaa tilastointitapaa ja siten vuosiaineistot eivät ole keskenään vertailukelpoisia.

Malleissa 2 ja 3 sovelletaan PNS-mallintamista koko aineistoon. Riippumatta sovelletusta mallista, myös sosiaalityön kustannusten vaihteluissa on tietty johdonmukaisuus ja yhteys ennakoituihin muuttujiin. Kuntien alueellista asukastiheyttä kuvaavat muuttujat kuvastavat samansuuntaista taipumusta kuin edelliset yksittäiset mallitkin. Erittäin harva asutus korottaa kustannuksia samoin kuin kaikkien tihein asutus. Mallin mukaan pitkäaikaistyöttömien, vanhusten ja yksinhuoltajien osuuden kasvu kasvattaa myös sosiaalityön yleisiä menoja. Sen sijaan yksinasuvien osuuden vaikutus on ristiriitainen mallien välillä. Muuta kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvan väestön osuuden kasvaessa sosiaalityön käyttömenot laskevat. Näiden ryhmien kohdalla voi olla kysymys siitä, että toimeentulotuki on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Toimeentulotukiasiakkaina nämä ryhmät ovat tyyppillisiä toimeentulotuen saajia.

Eri ikäryhmiin kuuluvien henkilöiden määrä selittää kustannusten vaihtelua. Pienimpien lasten ja 65–74-vuotiaiden määrän kasvu nostaa sosiaalityön käyttökustannuksia, kun taas 7–64 -vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden määrällä on kustannuksia laskeva vaikutus. Nuorisotyöttömyyden vaikutus oli kustannuksia pienentävä, joka oli yllättävä tulos (ei taulukossa mukana).

Sosiaalityön käyttökustannusten mallintamista vaikeuttavat kuntien vaihtelevat käytännöt palvelutapahtumien tilastoinnissa ja kustannusten luokittelussa. Myös lakimuutos, joka erotti toimeentulotuen sosiaalityöstä, on aiheuttanut kuntiin erilaisia käytäntöjä. Näiden tulosten perusteella kuntien yleisen sosiaalityön kustannukset ovat riippuvaisia lähinnä kuntalaisten työmarkkina-asemasta sekä ikä- ja perherakenteesta. Sosiaalityön valtionosuusperusteet voidaan kuitenkin huomioida koko sosiaalihuollon osuutta tarkasteltaessa.

7 Osamallien yhdistäminen

Kuntien sosiaalihuollon etuudet ja palvelut muodostavat hyvin heterogeenisen kokonaisuuden, joka määrittyy kuhunkin kuntaan sille ominaispiirteisellä tavalla. Kuntien olosuhteet ovat erilaiset esim. maantieteellisestä sijainnista johtuen. Samoin kuntalaisten ominaisuudet ja sitä kautta tarpeet ovat toisistaan poikkeavia.

Sosiaalisten perusoikeuksien sisällöllisissä kysymyksissä nostetaan esille usein kolme ryhmää: lapset, vanhuksat ja vammaiset. Näille ryhmille on myös viimeaikoina osoitettu eniten huomiota uusien lakien ja säädösten muodossa (esim. uusi lastensuojelulaki, esteettömyysvaatimukset ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisvelvollisuus sekä uusi vammaispalvelulaki). Uudet valtionosuuskriteerit eivät saisi olla ristiriidassa tai heikentää näiden uusien lakien pyrkimyksiä ja tavoitteita, vaan mieluumminkin tukea niitä, etenkin jos näillä painotuksilla on myös laaja poliittinen tuki ja kannatus.

Uusi lastensuojelulaki korostaa ehkäisevän työn merkitystä ja lasten ja perheytyön työskentelyn painopisteen siirtämistä varhaisempaan vaiheeseen. Ehkäisevällä lastensuojelulla tarkoitetaan esim. äitiys- ja lastenneuvolassa, päivähoidossa, opetuksessa ja nuorisotyössä annettavaa erityistä tukea silloinkin, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana. Tuen saatavuus ja riittävyys ovat kunnan vastuulla. Kokemukset ovat antaneet viitteitä siitä, että heti prosessin alussa huolellisesti tehty lastensuojelutarpeen selvitys vähentäisi raskaamman puuttumisen tarvetta (Heino, 2007). Heinon tekemä selvitys kuntien varautumisesta vuoden 2008 voimaantulleeseen lakiuudistukseen osoitti, että lastensuojelutapausten suuri kirjo edellyttää ehkäisevän työn ulottamista kaikille kunnan toimialoille, riittävää erityisosaamista ja resursointia lastensuojeluun sekä konkreettisen arkisen avun tarjoamista vaikeuksissa oleville perheille. Kuntien valtionosuuksien laskennan perusteeksi tulisi siten ottaa kunnassa asuvien lasten määrät ikäryhmittäin (esim. alle kouluikäiset ja 7-17-vuotiaat, tai vielä tiheämmät ikäryhmät) ongelmia ennaltaehkäisevää toimintaa ja muita kunnallisia lapsiin ja perheisiin kohdistuvaa palvelutoimintaa tuken. Lastensuojelun korjaavien toimenpiteiden toteuttamiseksi valtionosuuksien määrittämisessä tulisi ottaa huomioon myös huostaanotoista koituvat suuret kustannukset, jotka huomioidaan suoraan jo nykyisinkin sovellettavassa laskentakavassa huostaanottojen määrässä ja suhteellisessa osuudessa koko maan vastaavaan osuuteen.

Erittäin vaikeavammaisten ja kehitysvammaisten kohdalla valtionosuuksien avulla olisi turvattava myös näiden ryhmien hoidosta aiheutuvat korkeat ja epätasaisesti kuntien välillä jakautuvat menot. Laitoshoitomuodosta pyritään siirtämään intensiivisiin avopalveluihin paitsi lainsäädäntöön vedoten myös eettisistä ja taloudellisista syistä. Tämän vuoksi vammais- ja kehitysvammapalvelujen val-

tionosuuksien määrittäminen tulisi sisällyttää kunnan sosiaalitoimen kokonaistarkastelun piiriin.

Kuntien itsemääräämisoikeuden, olosuhteiden, palvelujen tehokkaamman tuotannon sekä kuntalaisten tarpeiden huomioonottamisen mahdollistamiseksi tässä raportissa ehdotetaan muiden kuin lastensuojelun sosiaalihuoltoon kohdistettavien valtionosuuksien määrittymistä yhden laskentakaaavan mukaisesti. Tämän katsotaan lisäävän kuntien innovatiivisuutta palvelujen järjestämisessä ottaen kuitenkin huomioon merkittävimmät palvelutarpeiden taustalla olevat tekijät sekä palvelujen yksikkökustannusten vaihtelua selittävät kuntien olosuhdetekijät. Kuntien valtionosuuksien määrittämisessä pitäisi pystyä myös ennakoimaan jo nähtävissä olevia yhteiskunta- ja perherakenteen muutoksia samoin kuin väestön ikärakenteen muutosta. Näitä tekijöitä kuvaavat muuttujat osoittautuivat myös tämän raportin tarkasteluissa merkitseviksi käyttökustannusten vaihtelua selittäviksi tekijöiksi.

7.1 Osamallien yhteiset selittävät tekijät

Edellä erikseen tarkasteltujen sosiaalipalvelujen tarpeen taustalla olevat tekijät olivat usein samoja. Toisin sanoen viime kädessä tarpeen määrittävillä ongelmilla saattaa olla yhteinen tekijä, kuten esim. syrjäytyminen tai työttömyys, taloudellisesti heikko tilanne tai toimintakyvyn ongelmia. Ongelmilla on myös tapana kasaantua tiettyihin yksilöihin tai väestöryhmiin enemmän kuin toisiin, esim. pitkäaikaistyöttömyys johtaa toimeentulotukiasiakkuuteen ja kenties päihdeongelmiin. Huono-osaisuuden sanotaan kasaantuvan.

Sosiaalihuollon eri palvelumenojen mallintaminen ja sen perusteella kullekin palvelulle toimivan ja oikeudenmukaisen kriteerin löytäminen on edellä esitetyn perusteella hankalaa. Eri palveluja koskevien yksittäisten mallien selitysvoima jää heikoksi eikä selitettävyyttä parantavia muuttujia ole saatavilla – eikä siten ole edes sovellettavissa osuuksia määriteltäessä.

Sosiaalipalveluja voidaan kuitenkin tarkastella myös yhtenä kokonaisuutena ja yrittää löytää sosiaalihuollon palvelujen osalta kokonaismalli, joka ottaa huomioon myös em. palvelujen taustalla olevan tarpeen ja kysynnän kuntien rakenne- ja olosuhdemuuttujien lisäksi. Yksittäisten sosiaalipalvelujen tarkastelussa edellä ilmeni, että työllisyys, toimintakyky (ikä), perherakenne ja etninen tausta (vieraskielisyys) ovat tärkeimpiä palvelujen käyttökustannusten kuntakohtaista vaihtelua selittäviä tekijöitä. Tarkasteluista kävi myös ilmi, että kuntien asutusrakennetekijällä on johdonmukainen vaikutus palvelujen käyttökustannuksiin. Erittäin harvaan asutuilla alueilla palvelujen järjestämisen kustannuksia kasvattavat pitkät etäisyydet. Toisaalta tiheimmin asutuilla alueella taas sosiaaliset ongelmat tapaavat kasautua ja aiheuttavat siten suurempia kustannuksia.

7.2 Sosiaalihuollon tarve- ja olosuhdetekijät

Yhteismalliin valitut muuttujat ovat valikoituneet edellä kuvattujen sosiaalipalvelujen yksittäisten mallien ja mallien selittäviä tekijöitä kuvanneiden tarpeiden ja ongelmien perusteella. Vaikka selitysaste myös tässä yhteismallissa jää suhteellisen alhaiseksi (alle 20 prosenttia satunnaisten vaikutusten mallissa), saavat selittävät muuttujat tilastollisesti merkitsevät kertoimien arvot ja näin ollen yksittäisten tekijöiden vaikutukset pystytään määrittämään.

Taulukko 12. Sosiaalipalvelujen käyttömenojen vaihtelua kuvaava yhteismalli.

MUUTTUJA selitettävä muuttuja: Ln(sosiaalimenot/asukas)	Kerroin (std.)
Selittävät muuttujat:	
Vakiotermi	4.030299*** (0.2729)
Focal1	2.141385** (0.9477)
Focal2	-0.94382*** (0.3123)
Focal3	-0.76058*** (0.1242)
Focal4	-0.54026*** (0.0689)
Muiden kuin suomen- tai ruotsinkielisten osuus väestöstä	0.011148*** (0.00208)
Yksinhuoltajaperheiden osuus lapsiperheistä	0.012119*** (0.00381)
Yksinasuvien osuus asuntokunnista	0.023654*** (0.00394)
Työllisten osuus työikäisistä	-0.01063** (0.00479)
Vammaistukea saavien osuus väestöstä	0.065221*** (0.0101)
Kunnan verotettavat tulot/asukas	-0.00689 (0.0152)
Havaintoja	7 * 399

Asutusrakennetekijät painottavat kaikkein harvimmin ja tiheimmin asuttuja alueita kunnissa korkeampiin kustannuksiin vaikuttavina tekijöinä. Perherakenteessa tapahtuvien muutosten kohdalla yksinasuvien ja yksinhuoltajien osuuden kasvaessa myös sosiaalihuollon kustannukset näyttävät kasvavan. Työllisten osuuden kas-

vu kunnassa vähentää sosiaalipalvelujen menoja (ja mahdollisesti myös tarvetta). Ulkomaalaistaustaisten osuudella väestöstä on kustannuksia lisäävä vaikutus ja samoin Kelan vammaistukea saavien ja laitoshoidossa olevien vammaisten ja kehitysvammaisten osuudella. Kontrollimuuttujina on käytetty kuntien erilaista mahdollisuutta järjestää palveluja, eli kuntien verotettavia tuloja asukasta kohti, joka ei kylläkään tässä estimoinnissa noussut kustannusten vaihtelua selittäväksi tekijäksi.

7.3 Valtionosuuden määrittämiseen ehdotetut potentiaaliset tekijät

Koko sosiaalihuollon osalle yhteisten kriteerien määrittäminen ei saatavissa olevien aineistojen varassa ole mahdollista. Erityisesti lastensuojelun valtionosuuskriteerit määritettäessä tulisi olla yksityiskohtaisempi käsitys taustalla olevasta tarpeesta ja avopalvelujen kustannus- ja käyttötiedoista.³⁹ Pelkkien laitosten analysointi johtaisi vain intensiivisen palvelutuotannon painotuksiin, kun pyrkimys mitä ilmeisimmin on avohuollon toiminnan ja ennaltaehkäisyyn tehostaminen.

Muiden sosiaalihuollon palvelujen osalta valtionosuuksien määrittäminen on hieman helpompaa. Erityisesti vammais- ja kehitysvammapalvelujen valtionosuuksien määrittämisen on perustuttava ilmenevään tarpeeseen ja palvelutuotannon olosuhdetekijöihin, jotka tässä tapauksessa voidaan selkeämmin osoittaa vammaisuuksia saavien ja laitospalveluissa olevien henkilöiden määrään ja osuuteen perustuen. Muihin sosiaalisia ongelmia hoitaviin palveluihin soveltuvia kriteerejä voidaan tarkastella palvelutarpeen taustalla olevien yhteiskunnallisten ongelmien ja ongelmien ilmenemiseen liittyvien riskien kautta (kuten esim. työttömyys).

Tämän tutkimuksen perusteella esiin nousseet kuntien sosiaalihuollon käyttökustannusten vaihtelua selittävät tekijät (eli potentiaaliset kuntien valtionosuutta määrittävät muuttujat) ovat:

Lastensuojelu:

- 0–6-vuotiaiden lasten määrä kunnassa
- 7–15-vuotiaiden lasten määrä kunnassa
- 16–17-vuotiaiden lasten määrä kunnassa
- huostaanottojen määrä ja osuus suhteessa koko maan vastaavaan osuuteen.

³⁹ Lastensuojelun avohuollon piirissä olevien lapsien osuudet on tilastoitu. Lastensuojelun avohuolto on kuitenkin hyvin epäyhtenäinen palvelukenttä, joka käsittää sekä taloudellista että henkistä tuke- mista, ja toisaalta myös äärimmäisen intensiivisiä keinoja, kuten pakkosijoitusta. Tulevaisuudessa on nähtävissä, että lastensuojelun tilastointi kehittyy, jolloin avohuollon eri palvelumuodoille saadaan tarkempia arvioita. Lisäksi tämä mahdollistaa avohuollon kustannusseurannan.

Sosiaalihuollon muut palvelut:

- Kunnan asutusrakennetekijät
- Yksinhuoltajaperheiden osuus lapsiperheistä
- Vieraskielisen (äidinkielenä muu kuin suomi tai ruotsi) väestön osuus kuntalaisista
- Yksinasuvien osuus asuntokunnista
- Työllisten osuus työikäisestä väestöstä
- Vammaistukea sekä vammais- ja kehitysvammahuollon laitospalveluita saavien osuus väestöstä

8 Yhteenveto

Tässä tutkimuksessa on selvitetty kuntien sosiaalihuollon asukaskohtaisiin käyttökustannuksiin vaikuttavia tarve- ja olosuhdetekijöitä. Tavoitteena on ollut tutkimustiedon tuottaminen sosiaalihuollon osalta valtionosuusuudistuksen tarpeisiin. Tutkimuksessa on arvioitu nykyisiä valtionosuuskriteereitä ja empiiristen tutkimusten pohjalta on ehdotettu valtionosuuksien määrittämisen perusteiksi mahdollisia muuttujia. Tämä tutkimus toimii pohja- ja taustamateriaalina uusien valtionosuuskriteereitä pohtivalle työryhmälle.

Tutkimusaineisto koostui pääasiassa Stakesin ylläpitämästä Sotka-tietokannasta ja Tilastokeskuksen Altikasta kerätyistä kuntakohtaisista tiedoista. Sosiaalipalveluiden epäyhtenäinen tilastointi tuli esille kerätyssä aineistossa. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat monin paikoin nivoutuneet yhdeksi palvelukokonaisuudeksi ja niitä on vaikea eritellä pelkästään sosiaalihuoltoa ja tiettyä sosiaalipalvelua koskeviksi. Toisaalta eri kunnissa sosiaali- ja terveyspalveluihin sisältyvät yksittäiset palvelut ovat erilaisia. Nämä vaikeuttavat paitsi palveluiden tilastointia myös kuntien välistä vertailua. Sosiaalipalvelut kohdistuvat usein pienempiin marginaaliryhmiin kuten kehitysvammaisiin tai lastensuojelun asiakkaisiin. Näin ollen muun ohella kunnan sisäiset vuosittaiset vaihtelut sosiaalihuollon menoissa voivat olla todella suuret, varsinkin pienillä paikkakunnilla.

Sosiaalipalvelujen kohdalla tapahtuu usein myös sellaista, että kysyntä ei aktualisoidu vaikka selkeä tarve olisikin olemassa. Osa ihmisistä, jotka olisivat oikeutettuja tiettyihin sosiaalipalveluihin tai rahallisiin tukiin, eivät niitä hae. Tähän on yleensä syynä tietämättömyys, osaamattomuus tai vapaa tahto (häpeä, leimautumisen pelko, jne). Näiden henkilöiden palvelutarve on piilevää eikä näy palvelujen käytön tilastoissa.

Sosiaalipalveluiden tarpeen mallintaminen kuntatason kustannustietojen pohjalta on vaikeaa. Mallintamisen ongelmat koskevat paitsi aineistojen puutteellisuutta tarpeiden määrittämisessä, myös kuntien erilaisuutta. Kuntien koko ja siitä kautta palvelujen järjestämisolosuhteet vaihtelevat huomattavasti, myös suurten kaupunkien sisällä on alueellista vaihtelua.

Menetelmällisesti tutkimus pohjautui lineaariseen regressiomalliin ja satunnaisvaikutusten malliin. Analyyseissä käytettiin kuntatasoista pitkittäisaineistoa vuosilta 2000–2006. Sosiaalipalvelut jaettiin neljään palvelukokonaisuuteen, joita tarkasteltiin erillisinä kokonaisuuksina. Yksityiskohtaisemmin tarkasteltavat palvelut olivat lastensuojelu, päihdehuolto, sosiaalityö (toimeentulotuki mukana vain palvelukuvauksessa) sekä vammaisten ja kehitysvammaisten avopalvelut ja laitoshoido. Näille palveluille laadittiin erilaisia menomalleja, joiden avulla pyrittiin löytämään valtionosuuksien määrittämisessä sovellettavissa olevia tarve- ja olosuhdetekijöitä. Käyttökustannusten vaihtelua selittävien mallien välillä ilmeni tiettyä

johdonmukaisuutta selittävässä tekijöissä. Tästä syystä päädyttiin testaamaan sosiaalipalveluiden kokonaismenoja selittäviä tekijöitä. Kokonaismalliin ei kuitenkaan otettu mukaan toimeentulotukea sitä koskevan tuoreen lakimuutoksen takia eikä lastensuojelua sen erityisyydestä johtuen. Lastensuojelua tarkasteltiin muusta sosiaalihuollosta erikseen.

Tutkimus pohjautui vankasti myös sosiaalipalveluja ja sosiaalisia ongelmia koskevaan tutkimukseen, jotka ovat Stakesin keskeisintä tutkimusalaa. Näiden ja empiiristen analyysien pohjalta ehdotettiin mahdollisia tekijöitä kuntien valtionosuuksien määrittämiseksi. Lastensuojelun osalta valtionosuuden määräytymisperusteeksi ehdotetaan lasten- ja nuorten ikäryhmittäistä määrää kunnassa sekä huostaanottojen määrää ja osuutta suhteessa koko maan vastaavaan osuuteen. Muiden sosiaalipalveluiden valtionosuuden määräytymisperusteiksi ehdotetaan seuraavia tekijöitä: kunnan työllisten osuutta työikäisistä, yhden hengen talouksien osuutta asuntokunnista, yksinhuoltajaperheiden osuutta lapsiperheistä, vieraskielisen väestön osuutta kuntalaisista, vammaistukea saavien osuutta sekä asutusrakennetekijää.

LÄHTEET

- Heino, T. (2007): *Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana*. Stakesin työpapereita 30/2007.
- Helsingin Sanomat 18.8.2008 / A4.
- Helsingin Sanomat 23.9.2008 / A4.
- Huhtanen, P. – Rintala, T. – Karvonen, S. (2005): *Sosiaali- ja terveysmenojen alueelliset erot ja hyvinvointi kunnassa*. Yhteiskuntapolitiikka 2/2005.
- Häkkinen, U. – Valtonen, H. – Niemelä, J. – Laine, J. (2000): *Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteereistä*. Stakes Aiheita 33/2000.
- Inkeroinen, T. & Partanen, A. (2006): *Päihdepalvelujen tila 2005*. Stakes, Työpapereita 7/2006.
- Kangasharju, A. (toim.) (2007), *Hyvinvointipalvelujen tuottavuus: Tuloksia opintien varrelta*, VATT-julkaisuja 46.
- Karvonen, S. & Rintala, T.: *Suomi pirstaleina? -Hyvinvoinnin alueelliset erot 2000-luvulla*. Maa-seudun uusi aika 2/2005.
- Karvonen, S. & Kauppinen, T.M. (2008): *Hyvinvoinnin vajeet maalla, kaupungeissa ja kaupunkikeskuksissa*. Teoksessa, Suomalaisten hyvinvointi 2008, Stakes.
- Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä (2007): *Kelan vammaisestustilasto 2006*.
- Klavus, J. & Laine, J. (2001): *Tutkimus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menoista ja olosuhdetekijöistä*. Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisu 2/2001.
- Kumpulainen, A. (2008): *Kuuden suurimman kaupungin vammaispalvelulain mukaiset palvelut ja taloudelliset tukitoimet 2007*. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2008.
- Lahtinen, Yrjö. (2003): *Hoidon tarve ja tuottavuus vanhustenhuollossa vuosina 1998–2001*, teoksessa *Kunnalliset palvelut*, Hjerppe, Kangasharju ja Vuorento (toim.), VATT-julkaisuja 37.
- Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 3.8.1992/733.
- Laki toimeentulotuesta 30.12.1997/1412.
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.
- Lehtonen, S. & Moisio, A. (2007): *Kuntien valtionosuusjärjestelmä Suomessa ja Ruotsissa*. VATT -keskustelualoitteita 413.
- Lehtonen, S. – Lyytikäinen, T. – Moisio, A. (2008): *Kuntien valtionosuuskriteerit tarkastelussa: esi- ja perusopetus, päivähoito, kirjastot ja kulttuuritoimi*. VATT -keskustelualoitteita 451.
- Mustonen, H. – Mäkelä, P. – Huhtanen, P. (2007): *Kaksi vuotta alkoholin hinnan laskun jälkeen - Alkoholin käyttö vuonna 2006*. Yhteiskuntapolitiikka 72(2007):5.
- Paara, E. (2005): *Vammaispalvelujen järjestäminen ja osaaminen*. Selvitys vammaislakien yhdistämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:4.
- Puumalainen, J. – Laisola-Nuotio, A. – Lehikoinen, T. (2003) *Vammaispalvelulain mukaiset palvelut. Kysely palvelujen käyttäjille ja kuntien edustajille*. Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 71.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.
- Rautavaara, A. – Kauppinen, S. – Salminen, A-L. – Wiman, R. (2007): *Vammaispalvelut*. Teoksessa *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007*, Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.), Stakes 2007.
- Siirilä, S. & Viljanen, V. (2000): *Elinolojen alueelliset erot Hyvinvoiva etelä, pahoinvoiva pohjola? Kuntapuntari 5/2000*.
- Simpura, J. – Moisio, P. – Karvonen, S. – Heikkilä, M. (2008): *Uudet ja vanhat sosiaaliset ongelmat*. Teoksessa, Suomalaisten hyvinvointi 2008, Stakes.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710
- Sosiaali- ja terveysministeriö, oppaita (2002:3), *Päihdepalvelujen laatusuosituksen*.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (9/2006): *Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006*.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (11/2007): *Toimeentulotuki. Opas toimeentulotukilain soveltajille*.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2007): *Sosiaalihuolto Suomessa*,
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008): *Kunta- ja palvelurakenneuudistus*, <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/palvrak/index.htm>, haettu 29.8.2008.
- Stakes (2007), *Lastensuojelu 2006*, Tilastotiedote 13/2007.
- Stakes (2008), *Toimeentulotuki 2006*, Tilastotiedote 5/2008.

- Stakes (2006), *Tällä lailla sosiaaliturvaa, sosiaaliturvan saamisedellytyksistä ja –takeista*, sarjassa Hyvinvointivaltion rajat, Helsinki 2006.
- Sund, R. & Nouko-Juvonen, S.(2000): *Kehitysvammapalvelujen käyttö ja kustannukset alueellisesti ilmioinä*. Teoksesta Suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskusliitto, Helsinki 2000.
- Maa- ja metsätalousministeriö (7/2006). Suomen maaseututyypit 2006.
- Taskinen, S. (2007): *Lastensuojelulaki 417/2007, Soveltamisopas*, Stakes Oppaita 65, 2007.
- Tuomaala, M. (2007): *Työmarkkinatuen aktivointiuudistuksen toteutuminen vuonna 2006*. Työministeriö, Analyysseja 1/2007.
- Viljanen, O. – Kauppinen, T.M. – Karjalainen, J.(2008): *Toimeentulotuen uusien asiakkaiden johtotilanne 2008*. Stakes, Työpapereita, 29/2008.

AINEISTOT

- Stakes: Sosiaali- ja terveydenhuollontilastietokanta (SOTKA), useita hakuja 2008
- Tilastokeskus: Alueluokitukset 2008: http://www.stat.fi/meta/luokitukset/index_alue.html 27.3.2008
- Tilastokeskus: Aluetietokanta (ALTIKA), useita hakuja 2008
- Tilastokeskus: Kuntatalouden sosiaalitoimen hintaindeksi. <http://www.stat.fi/til/jmhi/tau.html> 27.3.2008